



N° 2057

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 1^{er} novembre 2025.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2026*
(n^{os} 1907 et 1999)

PAR M. THIBAUT BAZIN

Rapporteur général, rapporteur pour l'équilibre général, les recettes et la branche maladie, Député

M. HADRIEN CLOUET

Rapporteur pour la branche autonomie, Député

MME ANNE BERGANTZ

Rapporteuse pour la branche famille, Députée

MME SANDRINE RUNEL

Rapporteuse pour la branche vieillesse, Députée

M. GAËTAN DUSSAUSAYE

Rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, Député

TOME II
COMMENTAIRE DES ARTICLES
ET ANNEXES

SOMMAIRE

Pages

COMMENTAIRE DES ARTICLES..... 7

Article liminaire : Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de
sécurité sociale pour 2025 et 2026 7

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2025..... 23

Article 1^{er} : Rectification des prévisions de recettes, des tableaux d'équilibre et des
objectifs de dépenses pour 2025 23

Article 2 : Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de ses
sous-objectifs pour 2025..... 32

Article 3 : Rectification de la contribution des régimes d'assurance maladie au fonds pour
la modernisation et l'investissement en santé pour 2025 45

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2026..... 47

TITRE I^{ER} — DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECouvreMENT ET À LA TRÉSORERIE 47

Article 4 : Amélioration des capacités juridiques du recouvrement 47

Article 5 : Simplifier l'affiliation, la déclaration de revenu, l'action sociale et la
gouvernance de la sécurité sociale des artistes-auteurs..... 53

Article 6 : Gel des seuils de revenus pris en compte pour le calcul de la contribution
sociale généralisée portant sur certains revenus de remplacement 59

Article 7 : Créer une contribution des organismes complémentaires au titre de l'année
2026..... 70

Article 8 : Réduction des niches sociales applicables à certains compléments salariaux 81

Article 9 : Rationalisation d'exonérations spécifiques 107

Article 10 : Simplifier la régulation du secteur des médicaments 134

Article 11 : Améliorer la gestion de la trésorerie du régime général en instaurant un
mécanisme d'acompte des remises relatives aux produits de santé..... 150

Article 12 : Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale..... 154

TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	169
<i>Article 13</i> : Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale	169
<i>Article 14</i> : Approbation, pour l'année 2026, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse	175
<i>Article 15</i> : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du Fonds de réserve pour les retraites pour 2026	185
<i>Article 16</i> : Liste et plafonds de trésorerie des organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes	189
<i>Article 17</i> : Approbation de l'annexe pluriannuelle	196

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2026	205

TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES	205
<i>Article 18</i> : Étendre le champ des participations forfaitaires et franchises et rendre visible leur recouvrement	205
<i>Article 19</i> : Prévenir l'augmentation des affections de longue durée par la mise en place de prestations d'accompagnement dédiées	214
<i>Article 20</i> : Simplifier et rendre plus efficiente la politique vaccinale	221
<i>Article 21</i> : Renforcer l'accès aux soins	229
<i>Article 22</i> : Simplifier et sécuriser le financement des établissements de santé	239
<i>Article 23</i> : Reporter le financement de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière	249
<i>Article 24</i> : Lutter contre les rentes dans le système de santé	254
<i>Article 25</i> : Mieux réguler les dépenses dans le secteur des soins dentaires	269
<i>Article 26</i> : Renforcer les incitations au conventionnement des professionnels de santé et la maîtrise des dépassements d'honoraires	274
<i>Article 27</i> : Renforcer l'incitation des établissements de santé à l'efficience, la pertinence et la qualité des soins	282
<i>Article 28</i> : Limiter la durée de prescription des arrêts de travail pour maladie et la durée d'indemnisation des arrêts de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle et supprimer l'obligation de visite de reprise pour un retour de congé de maternité	290
<i>Article 29</i> : Limiter la durée d'indemnisation des arrêts de travail des assurés ne relevant pas du dispositif de l'affection de longue durée	300
<i>Article 30</i> : Mise en place d'un cadre de certification et de prise en charge des systèmes d'aide à la décision médicale	308
<i>Article 31</i> : Systématiser l'utilisation de Mon espace santé par les professionnels de santé	314
<i>Article 32</i> : Lutter contre le gaspillage des produits de santé	321
<i>Article 33</i> : Améliorer la pénétration des biosimilaires et des génériques en ville	328
<i>Article 34</i> : Adapter les dispositifs d'accès précoces, d'accès compassionnels et d'accès direct	346

<i>Article 35</i> : Expérimenter le référencement de médicaments thérapeutiquement équivalents	358
<i>Article 36</i> : Réforme de la tarification des établissements et services qui accompagnent des enfants et des jeunes handicapés (Serafin-PH)	370
<i>Article 37</i> : Contribution à la prise en charge du coût de l'accord du 4 juin 2024 par les départements	380
<i>Article 38</i> : Déduire des indemnisations versées par les assurances et les fonds d'indemnisation l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap.....	389
<i>Article 39</i> : Améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles	395
<i>Article 40</i> : Étendre le bénéfice du capital décès aux ayants droit des non-salariés agricoles décédés à compter du 1 ^{er} janvier 2026 à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	407
<i>Article 41</i> : Optimiser le recouvrement des pensions alimentaires	424
<i>Article 42</i> : Créer un congé supplémentaire de naissance	430
<i>Article 43</i> : Rationaliser et simplifier le cumul emploi-retraite	448
<i>Article 44</i> : Stabiliser le montant des prestations sociales, dont les pensions	469
<i>Article 45</i> : Réduire les inégalités entre les femmes et les hommes à la retraite	480
<i>Article 45 bis</i> : Suspension du report de l'âge légal de départ à la retraite et du relèvement de la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une retraite au taux plein.....	500
TITRE II – DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES	513
<i>Article 46</i> : Dotations de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé	513
<i>Article 47</i> : Dotations aux opérateurs financés par le sixième sous-objectif.....	518
<i>Article 48</i> : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès.....	527
<i>Article 49</i> : Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs pour 2026	530
<i>Article 50</i> : Dotations au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert de la compensation de sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses liées aux dispositifs de prise en compte de la pénibilité	543
<i>Article 51</i> : Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.....	550
<i>Article 52</i> : Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2026.....	557
<i>Article 53</i> : Objectif de dépenses de la branche famille	563
<i>Article 54</i> : Objectif de dépenses de la branche autonomie.....	565

ANNEXES	567
ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL ET LES RAPPORTEURS.....	567
ANNEXE N° 2 : TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI	573
ANNEXE N° 3 : LIENS VERS LES ENREGISTREMENTS VIDÉO DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI PAR LA COMMISSION.....	583

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article liminaire

Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour 2025 et 2026

Cet article établit les prévisions de recettes, de dépenses et de solde des administrations de sécurité sociale (Asso) pour l'exercice en cours et celui à venir. Il constitue l'une des novations introduites par la révision organique de 2022.

À la différence des autres mesures des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), et en particulier des tableaux d'équilibre, son périmètre ne se limite pas aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss), au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et à leurs satellites, mais inclut l'ensemble des Asso.

Sur cet agrégat résultant des conventions statistiques européennes, est projeté :

– en volume, un déficit de 0,3 point de produit intérieur brut (PIB) en 2025 et un excédent de 0,1 point en 2026 ;

– en valeur, un déficit de 8,4 milliards d'euros puis un excédent de 3,4 milliards d'euros.

I. UN RÉSULTAT POSITIF SUR UN PÉRIMÈTRE PLUS LARGE QUE CELUI DES CINQ BRANCHES DES RÉGIMES ET DE LEURS SATELLITES

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026 est le quatrième à comporter un article liminaire (A) ; ce dernier porte sur un agrégat distinct de celui des Robss, du FSV et de certains autres satellites que retiennent les autres dispositions du texte (B).

A. UN ENRICHISSEMENT RÉCENT

Avant l'entrée en vigueur de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, le deuxième alinéa du II de l'article L.O 111-3 du code de la sécurité sociale et le premier alinéa de l'article 7 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques (LOPGFP) disposaient que les lois de financement rectificatives de la sécurité sociale (LFRSS), à l'instar des lois de finances de l'année et des lois de finances rectificatives (LFR) mais à la différence des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) de l'année, « *compre[n]aie[n]t un article liminaire [...] retraçant, pour l'année [...], l'état des prévisions de solde structurel et effectif de l'ensemble des administrations publiques* ».

Cette mise de l'article liminaire des LFRSS à la maille des administrations publiques (APU) était motivée par le fait qu'il était envisageable qu'un tel véhicule rectificatif soit le seul à être présenté par le Gouvernement et qu'il importait d'informer le législateur financier sur les comptes publics dans leur totalité. Il en est

allé ainsi du second des deux PLFRSS déposés et adoptés avant l'application de la réforme ⁽¹⁾, comme de celui qui a été examiné après sa mise en œuvre ⁽²⁾.

Entré en vigueur le 1^{er} septembre 2022, le nouvel article L.O. 111-3-2 du code de la sécurité sociale prévoit que « *dans son article liminaire, la loi de financement de l'année présente, pour l'exercice en cours et pour l'année à venir, l'état des prévisions de dépenses, de recettes et de solde des **administrations de sécurité sociale*** ». Cela rapproche la LFSS de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Lacss) créée par la même révision organique, mais la distingue des lois de finances de toute forme, ainsi que des LFRSS, dont l'article liminaire demeure afférent à toutes les APU, conformément à l'article 1^{er} H de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (Lolf) ⁽³⁾.

Cette novation vise au premier chef à améliorer l'information du Parlement en lui présentant une image fidèle des comptes des Asso qui, bien qu'ils relèvent des finances sociales, ne sont pas compris dans le domaine des LFSS.

B. UN CHAMP ISSU DE LA COMPTABILITÉ EUROPÉENNE

● Les Asso sont l'un des sous-secteurs du système européen des comptes nationaux (SEC) établi par la direction générale des statistiques de la Commission européenne (Eurostat), avec celui des APU centrales (Apuc), lequel regroupe l'État et les organismes divers d'administration centrale (Odac) ⁽⁴⁾, et celui des APU locales (Apul), correspondant aux collectivités territoriales et à leurs établissements, notamment de coopération intercommunale (EPCI) ⁽⁵⁾.

Depuis 2010, les Asso sont définies au paragraphe 20.67 de la nomenclature du SEC comme « *toutes les unités de sécurité sociale, indépendamment du niveau administratif qui gère ou administre les régimes* », étant entendu que « *si un régime de sécurité sociale ne répond pas aux critères requis pour être qualifié d'unité institutionnelle, il est classé avec son unité mère dans l'un des autres sous-secteurs des APU* » et que « *si les hôpitaux publics fournissent un service non marchand à la communauté [...] et sont contrôlés par des régimes de sécurité sociale, ils sont classés dans le sous-secteur de la sécurité sociale* ».

Elles regroupent deux catégories :

(1) Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 (la loi n° 2011-894 du 28 juillet 2011 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011 n'a, par construction, pas été discutée sous l'empire de la loi organique du 17 décembre 2012).

(2) Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

(3) Cette disposition reprend et adapte l'ancien article 7 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, abrogée par le III de l'article 1^{er} (chapitres I^{er} et II) et le III de l'article 30 (chapitres III à V) de la loi organique n° 2021-1836 du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques (LOMGFP).

(4) La définition des opérateurs de l'État par la direction du budget diffère légèrement de celle des organismes divers d'administration centrale.

(5) En toute rigueur, les Apul se distinguent des administrations des États fédérées, mais cette circonstance est sans objet dans le cas de la France.

– les **régimes de sécurité sociale**, qui « *couvrent l'ensemble de la collectivité ou d'importantes parties de celle-ci et qui sont imposés, contrôlés et financés par les APU* » et ne constituent donc que le volet public de l'assurance sociale – soit les « *régimes dans lesquels les participants sont obligés de souscrire une assurance, ou incités à le faire, par un tiers en vue de se prémunir contre certains risques sociaux ou certaines situations qui peuvent affecter négativement leur bien-être ou celui des personnes à leur charge* » –, au sein desquels la nomenclature française distingue trente-deux **Robss**, ainsi que les régimes de **retraite complémentaire** obligatoires, comme l'Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres et l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (Agirc-Arrco) pour les salariés du secteur privé et l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (Ircantec) pour une partie du personnel contractuel des services publics et enfin l'**assurance chômage**, gérée par l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unedic) ;

– les **organismes dépendant des assurances sociales** (Odass), comprenant les **hôpitaux publics** et des **satellites** très variés d'un pays à l'autre, avec en France, par exemple, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), les fonds de solidarité pour la vieillesse (FSV), de réserve pour les retraites (FRR), d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) ou de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata).

Ainsi, les **Asso dépassent le champ d'action des LFSS**. Depuis 1996, celui-ci comprend les Robss et les organismes concourant à leur financement (FSV) ; s'y sont ajoutés, depuis 2005, les organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit (FRR) et ceux chargés de l'amortissement de leur dette (Cades).

Dès lors, **l'agrégat des Asso est d'abord comptable** : ses données sont produites par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) au moment de l'établissement des comptes de la Nation.

• À l'inverse, outre qu'il résulte d'un choix du législateur organique, habilité par le vingtième alinéa de l'article 34 de la Constitution ⁽¹⁾ à prévoir les conditions dans lesquelles et les réserves sous lesquelles les LFSS « *déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses* », **l'échelon des Robss répond à une logique institutionnelle**, dont les états sont arrêtés lors de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) ⁽²⁾ – comme à l'occasion de l'examen du Placss pour 2024, le rapporteur général estime que le fait que cette dernière se réunisse après le dépôt du PLFSS pour 2025 et à une date incompatible avec l'examen du rapport qui lui est présenté par la commission des affaires sociales

(1) Il s'agissait de son dix-neuvième alinéa avant l'entrée en vigueur de la loi constitutionnelle n° 2024-200 du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse.

(2) Article L. 114-1 du code de la sécurité sociale.

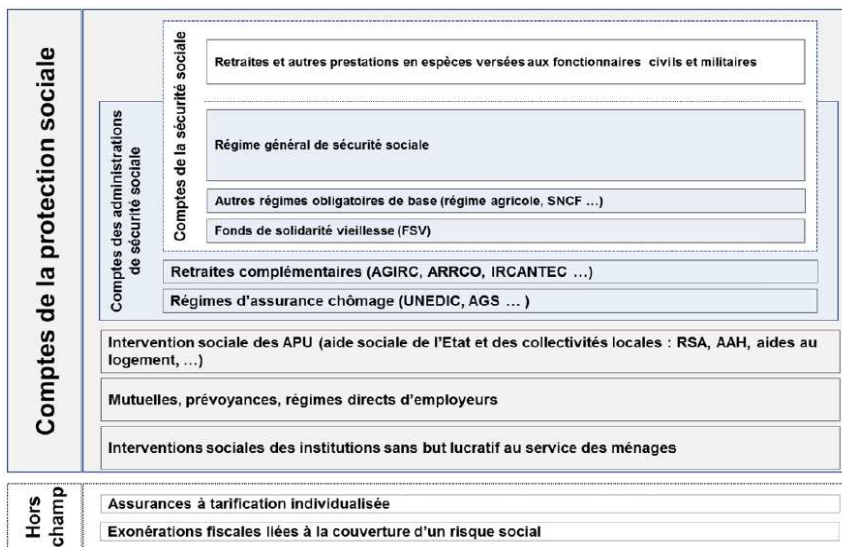
de l'Assemblée nationale est un handicap lié aux circonstances politiques mais dont il ne faudrait pas qu'il devienne une habitude.

Comprenant les régimes auxquels les assurés doivent obligatoirement être affiliés pour la couverture des risques sociaux auxquels ils peuvent être confrontés, les Robss excluent par nature :

- les régimes complémentaires légalement obligatoires, qui pour l'essentiel régissent la couverture du risque vieillesse en plus des régimes de base ;
- les régimes qui ne sont pas considérés comme intégrés dans le champ de la sécurité sociale, comme le régime d'assurance chômage ;
- les régimes facultatifs de couverture des risques sociaux.

Les régimes de retraite obligatoires de l'État entrent bien dans le champ des Robss, mais pas dans celui des Asso, du fait que ces dernières ne comprennent pas les systèmes en vertu desquels l'employeur verse lui-même les prestations aux personnes qu'il emploie.

DIFFÉRENCES DE CHAMPS ENTRE LES COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE, CEUX DES ADMINISTRATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE ET CEUX DES RÉGIMES



Note : Agence de garantie des salaires (AGS) ; revenu de solidarité active (RSA) ; allocation aux adultes handicapés (AAH).

Source : Bilan des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, octobre 2025 ⁽¹⁾.

(1) Cette annexe dite « jaune » au projet de loi de finances (PLF) a été instituée par le I de l'article 40 de la loi n° 2000-656 du 13 juillet 2000 de finances rectificative pour 2020 ; son contenu est désormais défini au 2° du I de l'article 179 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020, dont le IV a abrogé l'ancienne référence.

- Dans la triple mesure où, sauf le paiement des charges d'intérêt, la Cades n'affiche que des recettes (*cf. infra* le commentaire de l'**article 15**), où les régimes de retraite complémentaire sont, malgré des disparités de l'un à l'autre, en excédent global et qu'il en va de même de l'assurance chômage, leur inclusion dans l'article liminaire conduisait à ce qu'il affiche un équilibre et, depuis 2022, un excédent, alors que les Robss et le FSV sont déficitaires depuis la création des LFSS.

Cette situation ne se présenterait plus en 2025, avec un résultat négatif de 0,3 point de produit intérieur brut (PIB), mais s'observerait de nouveau en 2026, avec un excédent de 0,1 point.

Sur le fondement du 5° de l'article L.O. 111-4-4 du code de la sécurité sociale, le Placss est accompagné d'une annexe sur les états financiers synthétiques du régime d'assurance chômage et des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires pour le dernier exercice clos. Pas plus que les informations analogues jointes au PLFSS aux termes du 8° de l'article L.O. 111-4-1 du code de la sécurité sociale, ces éléments ne conduisent pas à une extension du périmètre des lois de financement ⁽¹⁾, mais ils traduisent l'importance pour le législateur financier social de connaître la situation financière de ces régimes qui protègent des dizaines de millions d'assurés.

Les mesures sur l'âge d'ouverture des droits ou à la durée de cotisations affectent aussi bien l'assurance vieillesse de base que les pensions complémentaires et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acosse) a avec l'Unedic ainsi qu'avec l'Agirc-Arrco des relations financières dont il est « paradoxal » qu'elles se résument dans la loi de financement à la compensation de la réduction générale dégressive de cotisations, alors que toute autre loi ordinaire pourrait avoir une incidence sur les conditions de leur équilibre.

- Selon l'annexe 8 du PLFSS, les **régimes de retraite complémentaire** ont vu leur excéder se contracter de moitié entre 2023 et 2025, passant de 9,6 milliards d'euros à 4,62 milliards d'euros, mais la situation s'améliorerait avec un résultat favorable de 6,47 milliards d'euros en 2026 car leurs recettes augmenteraient deux fois et demie plus rapidement que leurs dépenses, notamment grâce à la dynamique de la masse salariale du secteur privé (2,3 %) et du plafond de la sécurité sociale, qui tire vers le haut l'assiette des cotisations (2 %).

D'après le rapport du Conseil d'orientation des retraites (COR) de juin 2025, « *au 31 décembre 2024, la valeur de marché de l'ensemble des actifs admis en représentation des réserves constituées au sein des régimes de retraite par répartition représente 213,8 milliards d'euros, soit 7,3 % du PIB, contre 199,2 milliards d'euros à la fin de 2023 ; 90 % de ces réserves sont détenues par les régimes complémentaires, dont près de 51 % par l'Agirc-Arrco* ».

(1) Examinant en première lecture la proposition de loi organique de M. Thomas Mesnier, alors rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, le Sénat avait souhaité intégrer le régime d'assurance chômage dans le champ facultatif des lois de financement de la sécurité sociale.

ÉVOLUTION DES CHARGES, DES PRODUITS ET DU RÉSULTAT DES RÉGIMES DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE LÉGALEMENT OBLIGATOIRES DE 2022 À 2026 (P)

(en millions d'euros ; en pourcentage)

	2022	2023	%	2024	%	2025 (p)	%	2026 (p)	%
CHARGES NETTES	108 073	114 398	5,9	120 267	5,1	123 291	2,5	124 444	0,9
Prestations sociales nettes	98 014	104 592	6,7	111 165	6,3	114 638	3,1	117 020	2,1
Prestations de retraite	97 729	104 304	6,7	110 918	6,3	114 384	3,1	116 759	2,1
Autres prestations (invalidité-décès-extralégales)	285	289	1,2	247	-14,4	254	2,8	261	2,9
Transferts versés	3 948	4 229	7,1	4 566	7,9	4 546	-0,4	4 572	0,6
Transfert au fond de capitalisation du RAFP	2 578	2 755	6,8	2 990	8,6	2 891	-3,3	2 884	-0,2
Prise en charge de prestations pour adossement	1 342	1 444	7,6	1 551	7,4	1 596	2,9	1 625	1,8
Autres transferts nets	28	31	10,5	24	-22,6	60	++	63	5,5
Autres charges	6 111	5 576	-8,8	4 536	-18,7	4 107	-9,5	2 852	-30,6
Charges financières	2 751	815	--	1 386	++	21	--	21	1,1
Charges de gestion courantes	2 813	4 159	47,9	2 709	-34,9	3 552	31,1	2 247	-36,7
Autres charges techniques nettes	547	602	10,1	440	-26,9	534	21,5	584	9,3
PRODUITS NETS	114 627	124 002	8,2	128 943	4,0	127 911	-0,8	130 913	2,3
Cotisations sociales et recettes fiscales	104 729	109 566	4,6	113 235	3,3	115 089	1,6	119 277	3,6
Cotisations salariales (yc AGFF)	88 584	92 687	4,6	95 449	3,0	97 321	2,0	99 941	2,7
Cotisations des non-salariés	7 851	8 021	2,2	8 553	6,6	8 964	4,8	10 555	17,8
Cotisations prises en charges par l'État	7 424	8 206	10,5	8 280	0,9	8 308	0,3	8 305	0,0
Majorations, pénalités et autres cotisations	87	109	26,0	338	++	333	-1,5	333	0,3
Charges liées au non-recouvrement	117	-57	-149,1	-51	-11,5	-470	--	-491	4,3
Recettes fiscales	666	600	-9,9	666	11,0	634	-4,9	633	-0,1
Transferts reçus	5 045	5 573	10,5	5 795	4,0	5 775	-0,4	6 075	5,2
Prise en charge de cotisations	5 038	5 571	10,6	5 792	4,0	5 773	-0,3	6 074	5,2
Autres transferts reçus	7	2	--	3	++	2	--	1	-7,1
Autres produits nets	4 853	8 863	82,6	9 913	11,8	7 047	-28,9	5 560	-21,1
Produits financiers	3 354	5 741	++	8 511	++	4 608	--	5 044	9,5
Autres produits	1 498	3 122	++	1 401	--	2 439	--	516	--
RÉSULTAT NET	6 553	9 604		8 677		4 620		6 469	
Décomposition du résultat net									
Solde technique (y.c. opérations de gestion courante)	5 950	4 678		1 552		33		1 446	
dont opérations de gestion courante	-1 511	-1 255		-1 439		-1 060		-1 679	
dont solde technique hors opérations de gestion courante	7 461	5 933		2 991		1 092		3 125	
Solde financier	603	4 926		7 125		4 587		5 023	

Source : annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Suite au dépôt par le Gouvernement d'une lettre rectificative intégrant dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale la suspension du relèvement de l'âge d'ouverture des droits à la retraite pour certaines générations et du calendrier accéléré de hausse du nombre de trimestres requis pour une pension à taux plein, l'annexe 8 a été modifiée – pour ainsi dire, elle le n'a donc pas été – avec une mention que le résultat prévisionnel des régimes de retraite complémentaire « *ne tient pas compte des effets financiers [de] la suspension de la montée en charge de la réforme des retraites de 2023 dont les effets seraient toutefois faibles pour les régimes complémentaires en 2026* ».

• Après deux années excédentaires (qui marquaient une rupture avec quatorze exercices successifs en déficit), le résultat de l'**assurance chômage** a été strictement à l'équilibre en 2024.

Les perspectives à moyen terme sont incertaines :

– d'après l'Unedic, dans des projections qui il est vrai remontent au mois de juin dernier, les recettes seraient insuffisantes pour couvrir des dépenses en dépit de l'orientation de ces dernières à la baisse, si bien que serait enregistré un déficit de 0,3 milliard d'euros en 2025 puis de 0,4 milliard d'euros en 2026, du fait (si l'on met la conjoncture de côté) de la baisse de la contribution patronale de 0,05 point

pour la première année et de la réforme de l’assiette sociale des travailleurs indépendants ⁽¹⁾ pour la seconde ;

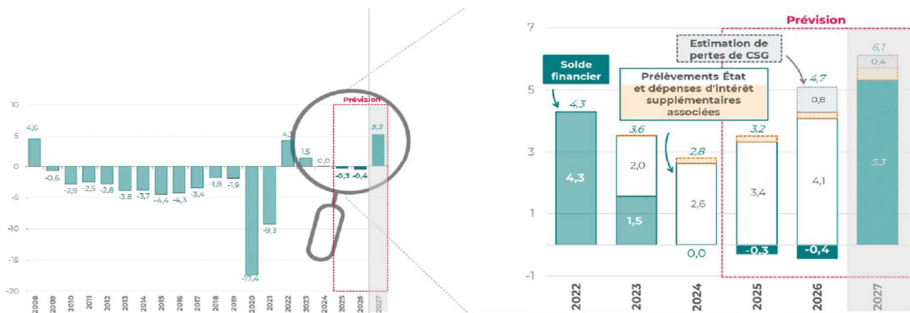
– selon le Gouvernement, le solde de l’Unedic serait de nouveau positif :

* pour 0,2 milliard d’euros en 2025 et 0,4 milliard d’euros en 2026 sur la foi de l’annexe 8 du PLFSS, laquelle indique que durant l’année en cours la réforme de la contracyclicité et la convention du 15 novembre 2024 génèreraient une économie de respectivement 2,8 et 0,5 milliard(s) d’euros et que pour celle à venir ces deux points réduiraient le tendanciel des dépenses de 3,8 et 0,6 milliard(s) d’euros ;

* pour 0,3 milliard d’euros en 2025 et 0,6 milliard d’euros en 2026 si l’on se réfère aux annexes du projet de loi de finances pour 2026 ⁽²⁾.

SOLDE DE L’ASSURANCE CHÔMAGE DE 2008 À 2027 (P) – D’APRÈS LE RÉGIME

(en milliards d’euros)

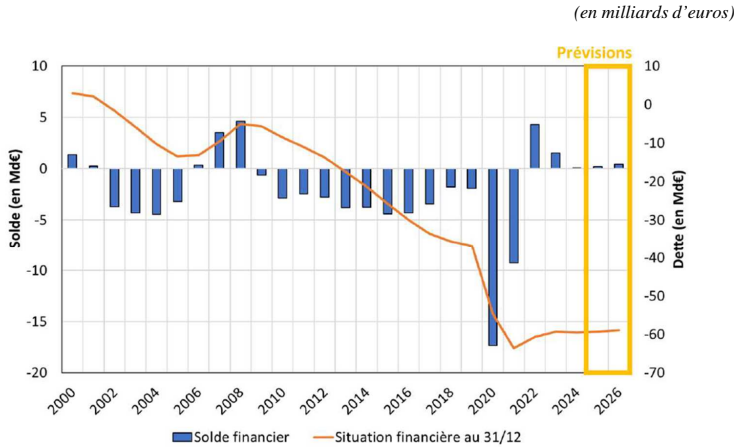


Source : prévisions financières de l’Unedic, juin 2025.

(1) L’assiette sociale des non-salariés a été réformée par l’article 18 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, auquel l’article 13 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 a apporté d’utiles précisions. Le changement est la fin de la double circularité selon laquelle le calcul des cotisations nécessitait de faire au revenu fiscal super-brut divers retranchements, notamment celui de la fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) déductible de l’impôt sur le revenu, alors que le montant de la CSG dépendait lui-même de celui des cotisations. Toutes seront assises sur le revenu professionnel diminué des frais et charges, abattu de 26 % sous réserve d’un plancher et d’un plafond fixés par voie réglementaire et, dans le seul cas des cotisations, augmenté des revenus de remplacement – hors affectations de longue durée – mais minoré des sommes tirées de la participation.

(2) Notamment au rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la Nation, prévu par l’article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances.

SOLDE DE L'ASSURANCE CHÔMAGE DE 2000 À 2026 (P) – D'APRÈS LE GOUVERNEMENT



Source : annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale – calculs de la direction générale du Trésor.

II. EN 2025, LE RETOUR D'UN DÉFICIT ; EN 2026, UN EXCÉDENT MODESTE

• Alors que les quatre années précédentes avaient vu s'améliorer le solde des Asso, passant d'un **déficit de 2,1 points de PIB en 2020** puis de **0,8 point en 2021**, avant un **excédent de 0,3 point en 2022** et de **0,5 point en 2023** à l'échelle des Asso, le résultat de ces dernières, aux termes du Placss de l'année 2024 qui a été rejeté par l'Assemblée nationale puis par le Sénat, affichait un **équilibre de 0,0 point de PIB en 2024**, les ressources et les charges se compensant à hauteur de 26,6 points, ce qui donnait un excédent de **1,3 milliard d'euros** en termes budgétaires, sur la sur la foi des données disponibles au dépôt du Placss (avec des recettes de 778,1 milliards d'euros et des dépenses de 776,8 milliards d'euros) ou de **2,3 milliards d'euros** selon les corrections de comptabilité nationale établies par l'Insee (avec des recettes de 779,1 milliards d'euros et des dépenses de 776,8 milliards d'euros).

ÉVOLUTION DES RECETTES, DES DÉPENSES ET DU SOLDE DES ADMINISTRATIONS
DE SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2023 ET 2024 EN VOLUME

(en points de PIB)

	Rappel : exécution en 2023 (Placss 2023) (a)	Prévision initiale pour 2024 (LFSS 2024) (b)	Prévision révisée pour 2024 (LFSS 2025) (c)	Constat : exécution en 2024 (Placss 2024) (d)	Écart d'exécution en 2024 par rapport à 2023 (d - a)	Écart à la prévision initiale (d - b)	Écart à la prévision révisée (d - c)
Recettes	26,7	26,6	26,6	26,6	- 0,1	0,0	0,0
Dépenses	26,2	26,0	26,6	26,6	+ 0,4	+ 0,6	0,0
Solde	0,5	0,6	0,0	0,0	- 0,5	- 0,6	0,0

Source : commission des affaires sociales d'après les Placss 2023 et 2024 ainsi que les LFSS 2024 et 2025.

ÉVOLUTION DES RECETTES, DES DÉPENSES ET DU SOLDE DES ADMINISTRATIONS
DE SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2023 ET 2024 EN VALEUR

(en milliards d'euros courants)

	Rappel : exécution en 2023 (Placss 2023) (a)	Prévision initiale pour 2024 (LFSS 2024) (b)	Prévision révisée pour 2024 (LFSS 2025) (c)	Constat : exécution en 2024 (Placss 2024) (d)	Écart d'exécution en 2024 par rapport à 2023 (d - a)	Écart à la prévision initiale (d - b)	Écart à la prévision révisée (d - c)
Recettes	748,5	778,6	775,7	778,1	+ 29,6	- 0,5	+ 2,4
Dépenses	735,3	761,3	776,4	776,8	+ 41,5	+ 15,5	+ 0,4
Solde	13,2	17,3	- 0,6	1,3	- 11,9	- 16,0	+ 1,9

Source : commission des affaires sociales d'après les Placss 2023 et 2024 ainsi que les LFSS 2024 et 2025.

● L'article liminaire du PLFSS pour 2026 et les documents joints au projet de loi de finances (PLF) indiquent que **le solde des Asso serait déficitaire en 2025**, à hauteur de 8,4 milliards d'euros, **et positif en 2026 à hauteur de 3,4 milliards d'euros**, le rythme d'augmentation des recettes et des dépenses s'inversant.

PIB ; RECETTES, DÉPENSES ET SOLDE DES ADMINISTRATIONS
DE SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2025 ET 2026 (P)

(en milliards d'euros ; en points de PIB)

	2025			2026		
	PIB nominal	Valeur	Volume	PIB nominal	Valeur	Volume
Recettes	2 987,0	796,6	26,7	3 061,0	817,7	26,7
Dépenses		805,0	27,0		814,4	26,6
Solde		- 8,4	- 0,3		3,4	0,1

Source : Rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la Nation, octobre 2025.

Seront abordés le contexte économique dans lequel ces données s'inscrivent et l'avis du Haut Conseil des finances publiques (HCFP) à leur propos (A), puis leurs points saillants pour ce qui touche aux finances sociales (B).

A. UNE CROISSANCE FAIBLE MAIS UNE INFLATION MODÉRÉE

Le rapporteur général constate que le paysage économique sous-jacent aux projets de textes financiers de l'automne 2025, morose pour l'année en cours, verrait nombre de ses paramètres s'améliorer légèrement durant celle à venir si les cibles du Gouvernement se vérifiaient.

S'agissant des paramètres à l'évolution favorable entre 2025 et 2026 :

– la croissance du PIB passerait de 0,7 % à 1 %, ce qui serait tout de même moindre que la progression de 0,5 point (donc à 1,2 %) encore envisagée au printemps dernier, sans équivaloir à son niveau potentiel, alors même que l'exécutif a ramené l'estimation de la croissance potentielle de 1,35 % à 1,2 %, preuve que

l'écart de production (« *output gap* ») n'est pas comblé, malgré l'aspect désormais ancien de l'épidémie de covid-19 et des effets du début de la guerre en Ukraine sur les prix de l'électricité ;

- révisée à la baisse de 0,7 point pour l'exercice actuel, la consommation des ménages progresserait cependant de 0,5 % à 0,9 % ;

- après s'être contractée de 0,9 %, la formation brute de capital fixe (FBCF) des sociétés non financières (SNF) se redresserait à 2,6 % ;

- l'écart entre les importations et les exportations resterait déficitaire, mais il se résorberait (de 2,7 % à 2,3 % pour la demande tournée vers l'extérieur et de 0,5 % à 2 % pour l'offre à l'attention de nos partenaires) ;

- pondérée par les prix, la contribution du commerce extérieur à la richesse demeurerait négative, mais dans une proportion passant de 0,8 % à 0,1 % ;

- la masse salariale, facteur déterminant pour les recettes des branches de la sécurité sociale (*cf. infra* le commentaire des **articles 1^{er} et 14**), croîtrait de 1,8 % puis de 2,3 % sur le champ des branches marchandes non agricoles (BMNA) ;

- plus loin des comptes sociaux, le prix du baril de Brent (pétrole) passerait de 81 dollars en 2024 à 70 dollars en 2025 et 68 dollars en 2026.

En revanche, s'agissant de l'inflation ⁽¹⁾, son taux retrouverait un niveau bien inférieur à l'optimum de 2 % du Système européen de banques centrales (SEBC), passant de 1,1 % en 2025 à 1,3 % en 2026.

Pour heureuse qu'elle soit en ce qui affère au pouvoir d'achat des particuliers et les marges des entreprises – deux éléments cruciaux dans l'analyse du rapporteur général – cette moindre accélération des prix aura une incidence ambivalente sur les comptes des Asso :

- certes, elle freine tant les revalorisations légales de certaines prestations ou celles de la rémunération des personnels de santé ;

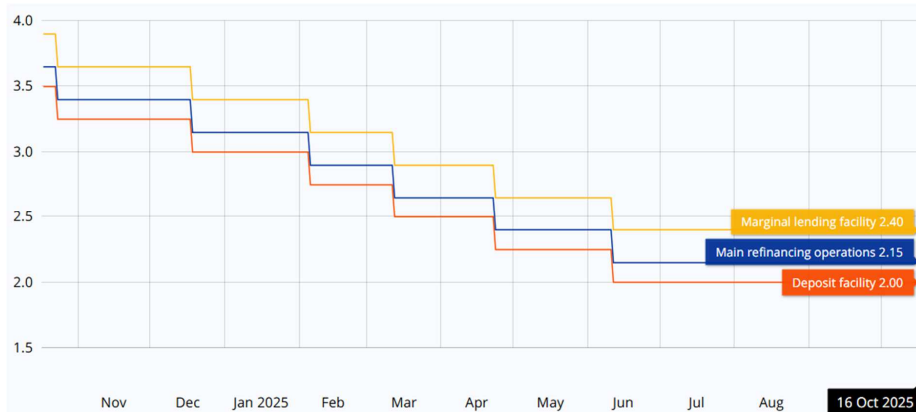
- mais elle ralentit aussi l'assiette de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), dont 27,36 % du produit serait affecté à la sécurité sociale en 2025 ;

- ses effets sur les conditions d'émission de titres par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), la Cades et les régimes tiers aux Robss vont dépendre du caractère plus ou conventionnel de la politique monétaire, avec une baisse des taux directeurs continue depuis un an, et l'appréciation des marchés sur la signature propre des emprunteurs publics français, moins encourageante.

(1) L'inflation n'est pas ici mesurée par l'indice des prix à la consommation harmonisé (IPCH), lequel permet d'apprécier les exigences en matière de stabilité des prix à l'échelle européenne, mais par l'IPC, dans lequel seule la part des dépenses de protection sociale et d'éducation à la charge du consommateur compte et le poids de l'énergie y est plus important, ce qui a pour effet de pondérer de façon différente la part respective des différentes catégories de dépense des ménages. La Banque de France retient souvent le premier indicateur ; l'Insee et les directions de la sécurité sociale (DSS) et du budget (DB) privilégient le second.

ÉVOLUTION DES TAUX D'INTÉRÊT DIRECTEURS DE LA BANQUE CENTRALE EUROPÉENNE D'OCTOBRE 2024 À OCTOBRE 2025

(en pourcentage)



Note : « marginal lending facility » – *facilité de prêt marginal* ; « main refinancing operations » – *opérations principales de refinancement* ; « deposit facility » – *facilité de dépôt*.

Source : Banque centrale européenne, octobre 2025.

● Saisi sur le fondement du IV de l'article 61 de la loi organique relative aux lois de finances, le HCFP a estimé dans son avis ⁽¹⁾ que :

– pour 2025, les prévisions de croissance, d'inflation et de masse salariale sont respectivement « réaliste », « plausible » et « un peu élevée » ;

– pour 2026, les estimations de ces trois variables sont respectivement « [assise sur des] hypothèses optimistes », « plausible » et « un peu haute ».

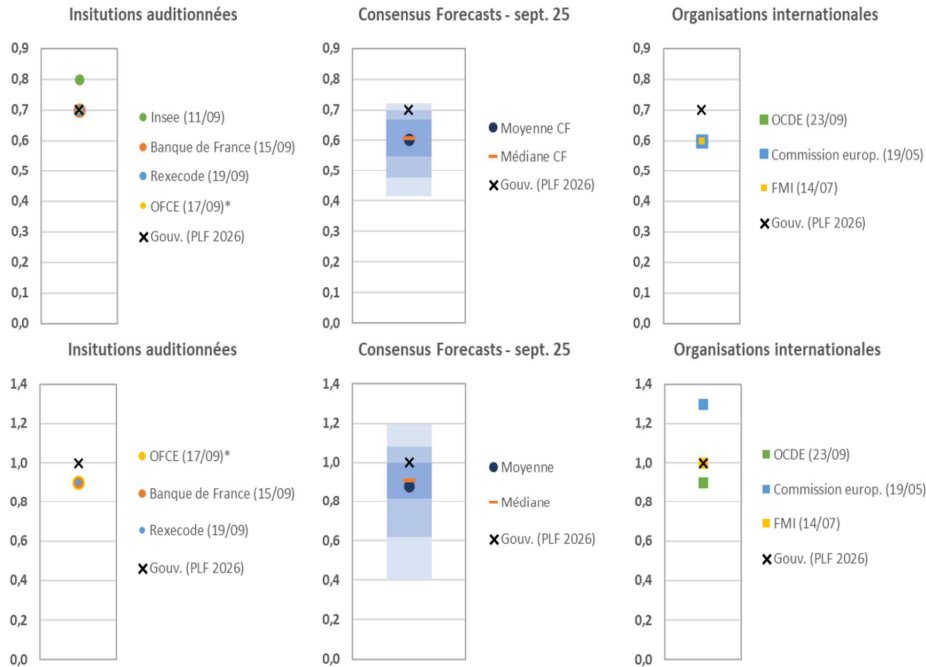
Le rapporteur général salue une innovation du HCFP par rapport à ses avis précédents, tenant à présenter de façon très lisible la différence entre les évaluations du Trésor, de la Banque de France, de l'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE), du Centre de recherche pour l'expansion de l'économie et le développement des entreprises (Rexecode) et des institutions multilatérales.

Ainsi, pour l'année en cours, un certain optimisme du Gouvernement transparaît, mais pour celle à venir il ne serait pas exact de parler de biais, les projections étant certes dans le haut de la fourchette pour la croissance mais moyennes quant à l'inflation.

(1) Avis du HCFP n° 2025-5 du 9 octobre 2025.

PRÉVISION DE CROISSANCE DU PIB EN 2025 (haut) ET EN 2026 (bas)

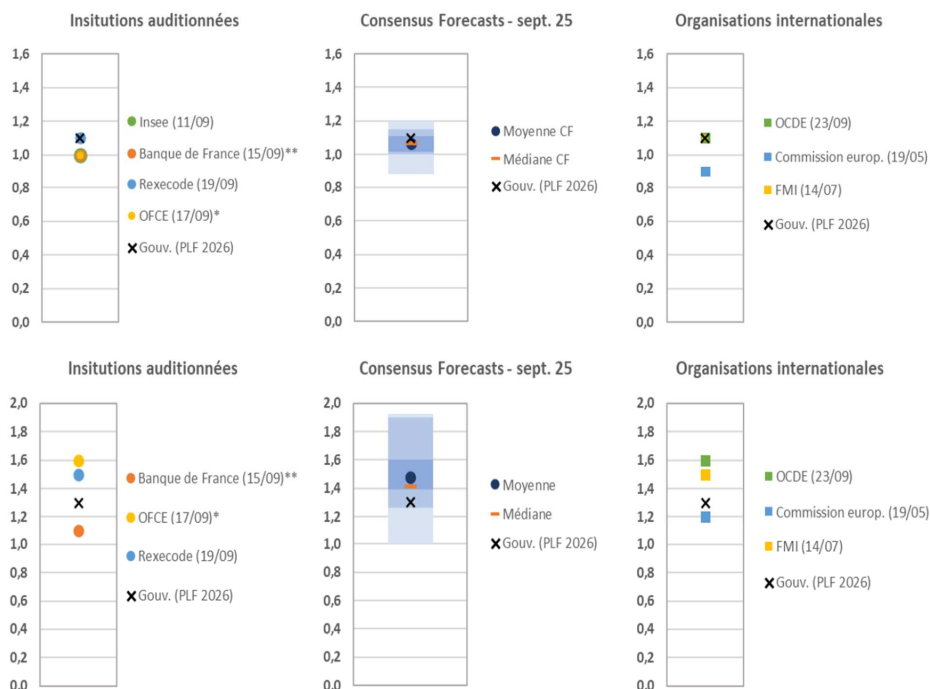
(en pourcentage)



Source : Haut Conseil des finances publiques, octobre 2025.

PRÉVISION D'INDICE DES PRIX À LA CONSOMMATION EN 2025 (haut) ET EN 2026 (bas)

(en pourcentage)



Source : Haut Conseil des finances publiques, octobre 2025.

B. DES PERSPECTIVES PLUS SOLIDES POUR LES COMPTES DES ASSO QUE POUR CEUX DES AUTRES SOUS-SECTEURS

Tant le PLF que le PLFSS traduisent une légère amélioration du solde public, avec un **déficit passant de 5,8 points de PIB en 2024 à 5,4 points en 2025 et enfin 4,7 points en 2026**, c'est-à-dire, en valeur, de 167,7 milliards d'euros pour l'année close à 159,8 milliards d'euros pour celle en cours et 144,1 milliards d'euros pour celle à venir.

Le taux de prélèvements obligatoires, après s'être établi à 42,8 points de PIB en 2024, progresserait à 43,6 points en 2025 et 43,9 points en 2026, cependant que le poids des dépenses publiques passerait de 56,6 points du PIB en 2024 à 56,4 points en 2025 pour s'infléchir très modérément à 56,4 points en 2026, confirmant les tristes records de notre pays et rendant proprement incompréhensible, sinon sous l'angle de la malhonnêteté, les allégations suivant lesquelles le budget serait austéritaire.

Le solde des Asso ayant été rappelé *supra*, le déficit des Apuc passerait de 4,6 points de PIB en 2025 à 4,5 points de PIB en 2026 et celui des Apul se résorberait de 0,5 point de PIB en 2025 à 0,3 point en 2026.

Quant à la dette publique, non seulement elle ne baisserait pas davantage en volume qu'en valeur, mais elle ne se stabiliserait même pas et continuerait à l'inverse son augmentation, bondissant de 113,2 points de PIB en 2024 et 115,9 points en 2025 jusqu'à 117,9 milliards d'euros en 2026. Le rapport annexé au PLF sur la dette des administrations publiques prolonge cette inquiétante chronique, avec un dernier ratio en hausse à 118,7 points en 2027 avant une modeste décrue à 118,6 puis 118 points en 2028 comme 2029. La charge de la dette publique en revanche ne cesserait jamais sa course vers les sommets, allant de 1,9 point de PIB en 2023 à 2,2 points en 2025 puis 2,7 points en 2027 et 3,2 points en 2029, du fait de la lourdeur plus grande encore du financement des déficits passés et des intérêts y afférents que des emprunts requis pour combler les soldes que l'exécutif souhaite de moins en moins négatifs.

Les Asso, en tout cas, redeviendraient le sous-secteur le moins endetté :

- la contribution des Apuc à la dette serait de 97,2 puis 99,3 points ;
- celle des Apul passerait de 9,3 à 9,4 points ;
- celle des Asso diminuerait inversement de 9,4 à 9,3 points.

Appelé à apprécier la « *cohérence* » des articles liminaires du PLF comme du PLFSS avec la programmation pluriannuelle et le « *réalisme* » des prévisions de recettes et de dépenses qui les sous-tendent, le Haut Conseil des finances publiques a relevé que la cible d'un déficit de 4,6 points de PIB en 2026, retenue en avril 2025 dans le rapport annuel d'avancement (RAA) sur le plan structurel à moyen terme (PSMT) – document remplaçant les programmes de stabilité (Pstab) –, a été rectifiée à 4,7 points dans le budget déposé mais qu'un « *relâchement* » avait déjà été évoqué par le Gouvernement l'en ayant saisi –celui de M. François Bayrou. Celui qui lui a succédé a confirmé un tel recul de l'ambition, M. Sébastien Lecornu ayant indiqué lors de sa déclaration faite en application de l'article 50-1 de la Constitution, ainsi que, et malheureusement de façon plus explicite par voie de presse, qu'à la fin de la navette il s'attendait à ce que le déficit affleure les 5 points de PIB ⁽¹⁾.

Aussi le HCFP juge-t-il « *hypothétique le devenir de ces projets de loi et, partant, la concrétisation des mesures qui en sous-tendent les prévisions* ». Une fois faite sérieuse cette réserve, l'institution trouve « *crédibles* » les prévisions de recettes et de dépenses publiques pour 2025 et « *globalement acceptable* » la projection de hausse des prélèvements obligatoires pour 2026, exercice faisant l'objet d'un avis sévère mais assez juste sur le plan des dépenses : « *l'évaluation du rendement des mesures nouvelles est fragile, même en supposant que les nombreuses mesures affichées soient adoptées et mises en œuvre ; la hausse très modérée prévue pour les dépenses publiques (+ 0,2 % en volume) est une cible très ambitieuse au regard du passé, alors que certains postes comme les crédits pour la défense progresseraient fortement ; des économies substantielles sont présentées,*

(1) Assemblée nationale, compte rendu de la séance publique du mardi 14 octobre 2025.

dont une “année blanche” pour les salaires publics et les revalorisations de prestations, une hausse des franchises d’assurance maladie, une baisse des crédits hors défense et un resserrement des transferts aux collectivités ; tenir la cible d’évolution des dépenses exigerait que l’intégralité des mesures évoquées soient mises en œuvre, mais les annonces publiques et discussions récentes suggèrent que cela est peu probable ».

Les recettes des Asso croîtraient de 21,1 milliards d’euros (2,7 %) entre 2025 et 2026, tandis que leurs dépenses n’augmenteraient, si les textes budgétaires étaient adoptés tels qu’ils sont déposés, de seulement 9,4 milliards d’euros (1,2 %).

S’agissant des interactions entre l’économie et les ressources des organismes de sécurité sociale), le HCFP fait valoir que, pour 2026 :

– « *si la prévision de PIB nominal s’avérait [sic] trop élevée de 0,5 point, en raison d’une inflation plus basse ou d’une croissance réelle plus faible, l’effet d’ensemble sur les recettes publiques serait proche d’un quart de point de PIB, soit 6,5 milliards d’euros* » ;

– « *une moindre croissance de l’ordre de 0,5 point de la masse salariale totale par rapport à la prévision initiale, reflétant un ralentissement du marché du travail plus marqué entraînerait un manque à gagner de l’ordre de 2,5 milliards d’euros affectant en premier lieu les cotisations sociales mais aussi les prélèvements sociaux et l’impôt sur le revenu* ».

Quant aux dépenses, l’organe placé auprès de la Cour des comptes estime qu’elles sont affectées par des « *aléas haussiers* » sur le champ social en 2025 et que, pour 2026, la cible d’un frein des charges des Asso est « *très ambitieuse* », car elle repose certes sur des mesures déjà annoncées ou en passe de produire leurs effets, mais est « *fragilisée par d’autres économies peu documentées sur le champ de l’Ondam (mesures d’efficience) et par des risques sur les autres prestations, notamment une dynamique moins baissière des indemnités de chômage* », tous sujets dont un aboutissement positif est « *loin d’être acquis* ».

*

* *

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

Article 1^{er}

Rectification des prévisions de recettes, des tableaux d'équilibre et des objectifs de dépenses pour 2025

Conformément aux prescriptions de l'article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale, le présent article vise à rectifier les prévisions de recettes, les objectifs de dépense et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour l'exercice 2025.

Il rectifie également les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), mises en réserve par le FSV ainsi que l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

I. UNE FORTE DÉGRADATION DES COMPTES SOCIAUX QUI SE POURSUIT EN 2025 APRÈS UN EXERCICE 2024 MIEUX MAÎTRISÉ QUE PRÉVU

A. LE DÉFICIT DES COMPTES SOCIAUX EST LÉGÈREMENT SUPÉRIEUR AUX PRÉVISIONS DE LA DERNIÈRE LOI DE FINANCEMENT

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 prévoyait un déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 22,1 milliards d'euros, en dégradation de 3,9 milliards d'euros par rapport à la prévision pour l'exercice 2024 (– 18,2 milliards d'euros).

Aux termes du 1^o du I du présent article, la prévision de déficit a été révisée à la hausse puisque celui-ci s'élèverait à 23 milliards d'euros, soit 0,9 milliard d'euros de plus qu'en loi de financement pour 2025.

Le tableau suivant compare les prévisions de recettes, de dépenses et de solde des Robss et du FSV établies au présent article 1^{er} avec celles arrêtées par la loi de financement pour 2025.

COMPARAISON DES PRÉVISIONS DU PLFSS 2026 AVEC CELLES DE LA LFSS 2025

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales pour 2025 (LFSS 2025)			Prévisions révisées pour 2025 (PLFSS 2026)			Écart à la prévision initiale		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	246,4	261,8	- 15,4	245,1	262,3	- 17,2	- 1,3	0,5	- 1,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,1	17	0,2	16,9	17,5	- 0,5	- 0,2	0,5	- 0,7
Vieillesse	296,6	304,1	- 7,5	297	303,4	- 6,3	0,4	- 0,7	1,2
Famille	59,9	59,5	0,4	60,2	59,3	0,8	0,3	- 0,2	0,4
Autonomie	41,9	42,6	- 0,7	41,7	42	- 0,3	- 0,2	- 0,6	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	643	666,1	- 23	642,3	665,8	- 23,5	- 0,7	- 0,3	- 0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris FSV	644,3	666,4	- 22,1	643,1	666,1	- 23	- 1,2	- 0,3	- 0,9

Note : en raison de l'arrondi, le solde indiqué peut être différent de la somme des éléments qui le composent.

Source : commission des affaires sociales à partir des données de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

1. Des recettes moindres qu'anticipé du fait d'une masse salariale moins dynamique et d'un tassement des recettes fiscales

Les recettes seraient finalement légèrement inférieures à la prévision initiale de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, de l'ordre de 1,2 milliard d'euros. Cela s'explique par trois facteurs principaux :

- des rentrées fiscales moins importantes que prévu (- 1,8 milliard d'euros). L'essentiel de cet effet résulte de la révision à la baisse du rendement de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) qui représente des moindres recettes de l'ordre de 1,8 milliard d'euros. Cela s'explique par une inflation moins élevée que ce qui avait été anticipé (1 % contre 1,4 %) ⁽¹⁾ ainsi que par un tassement de la prévision de consommation ;

- une hausse des charges liées au non-recouvrement (- 1,4 milliard d'euros de recettes attendues) consécutive à une augmentation de la hausse de la provision pour non-recouvrement. L'annexe 3 reste toutefois peu diserte sur les raisons ayant

(1) Alors même que celle-ci avait déjà été révisée à la baisse de 0,4 point entre la première lecture du PLFSS pour 2025 et son adoption définitive.

conduit les organismes de sécurité sociale à augmenter leur provisionnement, ce qui empêche d'en connaître les motivations ;

– en dépit de l'évolution de la masse salariale, inférieure de 0,7 point par rapport aux prévisions (1,8 % contre 2,5 %), les recettes brutes sur les revenus d'activité sont révisées à la hausse (+ 1,2 milliard d'euros). Le 1,8 milliard d'euros de moindres recettes qu'engendre la dégradation des prévisions de masse salariale sont en effet en partie compensée par la baisse du coût global des allègements généraux en lien avec la réforme prévue par l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

S'ajoutent à cela des recettes plus dynamiques que prévu sur le secteur public (+ 0,4 milliard d'euros) en raison de la hausse de 4 points des cotisations employeurs de l'État ⁽¹⁾, qui n'avait pas été intégrée dans la trajectoire de la LFSS pour 2025, et d'une réévaluation de 0,1 milliard d'euros des recettes issues de la hausse des cotisations employeurs à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) par rapport aux prévisions initiales.

Les recettes provenant des travailleurs indépendants sont également plus dynamiques que prévues (+ 0,6 milliard d'euros). Celles issues du secteur agricole sont légèrement plus favorables qu'anticipées (+ 0,1 milliard d'euros).

2. Des dépenses très légèrement inférieures aux prévisions

Le présent article fait état d'une prévision de dépenses diminuée de 0,3 milliard d'euros. L'Ondam est conforme à l'objectif fixé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 ⁽²⁾. Ce sont les prestations hors Ondam qui contribuent positivement au montant des dépenses :

– les prestations de la branche famille sont moindres de 0,3 milliard d'euros du fait de l'actualisation à la baisse des prévisions de natalité ⁽³⁾ ;

– celles des branches maladie et accidents du travail et maladies professionnelles hors Ondam (non distinguées dans l'annexe 3) seraient inférieures de 0,7 milliard d'euros ;

– les effets sur le solde des dépenses liés aux transferts nets sont faibles (– 0,2 milliard d'euros) et résultent principalement de la somme des effets suivants :

(1) Le décret n° 2025-61 du 22 janvier 2025 relevant le taux de la contribution employeur due au compte d'affectation spéciale « Pensions » au titre des fonctionnaires civils de l'État et des magistrats a porté ce taux à 78,28 % contre 74,25 % auparavant.

(2) Voir infra le commentaire de l'article 2.

(3) La France a ainsi atteint un indice conjoncturel de fécondité à 1,62 enfant par femme en 2024, son plus bas niveau depuis 1994. Le nombre d'enfants nés en France a ainsi baissé de 21,5 % entre 2010 et 2024.

1° Un montant de 0,5 milliard d'euros de moindres dépenses liées au mécanisme de la sous-compensation à l'Agirc-Arrco et à l'Unedic des pertes de recettes résultant des allègements généraux de cotisations ⁽¹⁾ ;

2° Un montant de 0,2 milliard de « dépenses » en plus lié à un nouvel échéancier des montants reversés par l'État à la sécurité sociale au titre du plan national de relance et de résilience, lesquels servent essentiellement au financement du soutien aux projets d'investissement dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux et au financement du soutien aux projets d'amélioration des outils numériques en santé ⁽²⁾.

CONTRIBUTION AUX ÉCARTS À LA LFSS 2025

(en milliards d'euros)

	2024	2025 (p)
Prévisions LFSS 2025	-18,2	-22,1
Sous total des recettes	1,8	-2,5
Recettes brutes sur revenus d'activité	0,5	1,2
Secteur privé	0,4	0,0
Secteur public	-0,1	0,4
Secteur agricole	-0,2	0,1
Travailleurs indépendants	0,2	0,6
Autres	0,3	0,1
Provisionnement, majorations et pénalités	0,6	-1,4
Recettes fiscales et autres contributions	1,1	-1,8
CSG remplacement	-0,2	-0,2
Contribution employeurs	-0,2	-0,3
Sous total des dépenses	1,1	1,6
ONDAM économique	0,5	0,1
Prestations hors ONDAM	0,0	1,0
Maladie et ATMP	0,1	0,7
Vieillesse	-0,1	0,0
Famille	-0,1	0,3
Autonomie	0,0	0,1
Prestations extralégales	0,0	0,0
Transferts nets	0,1	0,2
Solde financier	0,3	0,5
Autres (y compris gestion administrative, recours contre tiers)	0,2	-0,2
Ensemble des révisions	2,9	-0,9
Soldes actualisés CCSS sept 2025/PLFSS 2026	-15,3	-23,0

Source : annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

(1) Les pertes de recettes pour l'Agirc-Arrco et l'Unedic liées aux allègements généraux sont compensées à l'euro près par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), qui se voit affecter une fraction de TVA pour solde de tout compte. L'écart entre ces deux montants est imputé sur le solde des branches selon des règles de répartition spécifiques.

(2) Ces montants sont retracés dans le projet annuel de performances du programme 379 du projet de loi de finances pour 2026.

Le rapporteur général s'étonne toutefois que la confrontation des tableaux de la LFSS 2025 et du PLFSS 2026 d'une part et les informations données dans l'annexe 3 de l'autre fassent apparaître des écarts significatifs : tandis que les tableaux font état d'un écart à la prévision de – 1,2 milliard d'euros en recettes et de + 0,3 milliard d'euros en dépenses, l'annexe 3 rapportent des écarts de – 2,5 milliards d'euros et de + 1,6 milliard d'euros respectivement. L'écart à la prévision est toutefois correct s'agissant du solde (– 0,9 milliard d'euros).

B. L'ANNÉE 2025 SE CARACTÉRISE PAR UNE DÉGRADATION ALARMANTE DU DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les prévisions révisées du solde pour l'année 2025 sont légèrement inférieures aux estimations initiales malgré un solde 2024 plus favorable de 2,9 milliards d'euros par rapport aux prévisions de la LFSS 2025. La dégradation du déficit entre 2024 et 2025 est spectaculaire (– 7,7 milliards d'euros) et se décompose en 23 milliards d'euros de dépenses supplémentaires contre seulement 15,3 milliards d'euros de recettes en plus.

COMPARAISON DES PRÉVISIONS POUR 2025 AVEC L'EXÉCUTION POUR 2024

(en milliards d'euros)

	Résultat 2024 (Placss 2024)			Prévisions révisées pour 2025 (LFSS 2026)			Écart par rapport à l'exercice précédent		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	239,2	253	-13,8	245,1	262,3	-17,2	5,9	9,3	-3,4
AT-MP	16,9	16,3	0,7	16,9	17,5	-0,5	0	1,2	-1,2
Vieillesse	288,2	293,8	-5,6	297	303,4	-6,3	8,8	9,6	-0,7
Famille	58,9	57,8	1,1	60,2	59,3	0,8	1,3	1,5	-0,3
Autonomie	41,2	39,9	1,3	41,7	42	-0,3	0,5	2,1	-1,6
Total	626,4	642,8	-16,4	642,3	665,8	-23,5	15,9	23	-7,1
Total incluant le FSV	627,8	643,1	-15,3	643,1	666,1	-23	15,3	23	-7,7

Note : en raison de l'arrondi, le solde indiqué peut être différent de la somme des éléments qui le composent.

Source : commission des affaires sociales à partir des données de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Le rapporteur général s'alarme de ce que le déficit de la branche maladie représente à lui-seul 17,2 milliards d'euros, en dégradation de 3,4 milliards d'euros par rapport à 2024.

1. Les recettes sont atones en dépit de mesures nouvelles adoptées en LFSS 2025

Après une hausse de + 4,6 % en 2024, les produits des régimes obligatoires de base et du FSV ralentiraient à + 2,4 % en 2025.

- L'évolution des recettes de cotisations sociales (+ 4 %) se maintient à un niveau proche de l'année passée (+ 4,5 %) malgré le ralentissement de l'évolution de la masse salariale. L'effet spontané sur les cotisations sociales de ce ralentissement est en effet largement compensé par les mesures de freinage de la dynamique des allègements généraux prises en LFSS 2024 (gel du montant du Smic pris en compte pour déterminer les points de sortie des réductions de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales dites « bandeaux maladie et famille ») et en LFSS 2025 (abaissement des points de sortie desdits bandeaux à 2,25 et 3,3 Smic respectivement et intégration de la prime de partage de la valeur à l'assiette des rémunérations prises en compte pour l'application de la réduction générale dégressive). Ces mesures représentent à elles-seules 3,5 milliards d'euros de cotisations supplémentaires.

L'intensification des opérations de contrôle a permis d'appeler 0,9 milliard d'euros de cotisations supplémentaires mais cet effet est plus que contrebalancé par la hausse des charges liées au non-recouvrement (+ 2,7 milliards d'euros).

Les cotisations du secteur public sont quant à elles en accélération par rapport à 2024 (+ 4,4 % contre + 6,4 %) notamment du fait de l'augmentation de 3 points du taux des cotisations employeurs versées à la CNRACL.

- Ce sont surtout les recettes fiscales qui marquent le pas. De fait, l'évolution de la CSG brute ralentit à + 2,6 % contre 6,2 % en 2024. Cette baisse masque un important effet de base puisque l'année 2024 s'est caractérisée par la réaffectation à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 0,15 point de CSG en provenance de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), correspondant à 2,6 milliards d'euros de recettes supplémentaires.

Les contributions sociales diverses sont en forte progression (+ 8,7 %) du fait des mesures adoptées en LFSS 2025 : l'augmentation des prélèvements sur les stock-options et les attributions gratuites d'action accroît les recettes de la branche famille et le rendement du forfait social est favorablement affecté par la suppression de l'exonération à 10 % des abondements des plans d'épargne entreprise par les employeurs et par l'assujettissement de la prime de partage de la valeur au forfait social au taux de 20 %.

Toutefois, la dégradation de la situation macroéconomique entraîne une baisse en valeur absolue des impôts et taxes (– 0,2 %) dont la principale raison réside dans le ralentissement spontané des recettes de TVA. Ces dernières découlent toutefois également de la reprise, par l'État, d'une fraction de la TVA qu'elle verse à la Cnam, reprise justifiée par la compensation à l'État des pertes de recettes d'impôt sur les sociétés résultant de la réforme des allègements généraux.

2. Les dépenses freinent en raison de la normalisation de l'inflation qui contribue à la modération des revalorisations légales de prestations sociales

- En 2025, les dépenses s'accroîtraient de 3,6 %. C'est un ralentissement de près de 2 points par rapport à 2024 (+ 5,3 %). La principale raison de ce freinage réside dans la normalisation de l'inflation (+ 1,8 % de l'évolution de l'indice des prix à la consommation hors tabac) sur laquelle sont indexées les prestations sociales. Les pensions de retraite ont ainsi été revalorisées de 2,2 % au 1^{er} janvier 2025 et les autres prestations sociales de 1,7 % au 1^{er} avril 2025.

L'on constate, par branche :

- un ralentissement de moitié de la croissance des prestations d'assurance vieillesse (+ 3,4 % contre + 6,8 % en 2024) résultant principalement du contrecoup de la très forte revalorisation constatée en 2024. Cela représente toutefois près de 9,6 milliards d'euros de dépenses supplémentaires en un an. Les effets budgétaires de la réforme des retraites de 2023 montent encore en charge sous l'effet du report de l'âge de départ (62 ans et neuf mois pour la génération 1963) et du relèvement de la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une pension au taux plein (170 trimestres soit 42 ans et demi pour cette même génération) ;

- une croissance des prestations de la branche famille en nette modération (+ 1,5 % contre + 3,9 %) sous le double effet de la baisse de l'inflation mais aussi, ce dont le rapporteur général s'inquiète, de la natalité (le nombre de naissance étant en baisse de 2,8 % en 2025). Les prestations extralégales augmentent toutefois à un rythme soutenu (+ 7,2 %) du fait du déploiement du service public de la petite enfance ;

- un maintien du dynamisme des dépenses relevant du champ de l'Ondam (maladie et AT-MP) qui progressent de + 4,1 %. Les prestations hors Ondam croîtraient à un rythme plus modéré.

Les transferts nets sont quant à eux en faible progression (+ 0,8 %).

II. LA SITUATION DES ORGANISMES « SATELLITES » DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2025

A. LE FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

Le 2° du présent article porte rectification du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base. Seul le FSV est concerné par cette disposition.

Le Fonds de solidarité vieillesse

Le FSV a été créé par la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale. Il a pour mission d'assurer le refinancement des régimes de retraite au titre de certains avantages vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale. Il prend ainsi en charge, sous certaines conditions et sur des bases forfaitaires, les validations de trimestres d'assurance vieillesse au titre du chômage, des arrêts de travail, du volontariat du service civique, des périodes d'apprentissage et de stages de formation professionnelle. Il finance en totalité le minimum vieillesse versé par les régimes de retraite de base.

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, le Fonds de solidarité vieillesse sera supprimé à compter du 1^{er} janvier 2026 et ses missions et ses recettes seront affectées à la Cnav.

Le solde du FSV s'établirait à 0,5 milliard d'euros en 2025, une prévision légèrement plus dégradée que celle inscrite en loi de financement pour 2025 (0,7 milliard d'euros), en baisse de plus de 50 % par rapport à 2024 (1,1 milliard d'euros).

Les dépenses du FSV atteindraient 21,5 milliards d'euros, soit 1 milliard d'euros de plus qu'en 2024, ce qui représente une hausse de 5,1 %. Cette évolution des charges est principalement liée à trois facteurs :

- la prise en charge des cotisations au titre du chômage qui représenteraient 13,2 milliards d'euros de dépenses et qui explique à elle-seule 3 points de la hausse des dépenses du fonds. Celle-ci résulte d'une légère hausse des effectifs de chômeurs décomptés dans les prises en charge du FSV (+ 1,5 %) ainsi que de l'évolution du montant de la cotisation forfaitaire dont dépend le coût unitaire annuel par demandeur d'emploi (+ 1,6 %) par rapport à 2024 ;

- les prises en charge de cotisations maladie, invalidité et accidents du travail-maladies professionnelles qui poursuivent leur forte progression (+ 5,6 % pour atteindre 2,5 milliards d'euros) ;

- un ralentissement de la dynamique des coûts liés au financement de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), qui résulterait à la fois d'une moindre revalorisation légale ⁽¹⁾ et d'une hausse plus modérée du nombre de

(1) L'Aspa est revalorisée le 1er janvier de chaque année en même temps que les pensions de retraite.

bénéficiaires (+ 3,9 % contre + 4,8 % en 2024). Le montant des dépenses du FSV à ce titre s'élèverait à 5,2 milliards d'euros, en hausse de 5,8 % par rapport à 2023.

Les recettes du FSV sont constituées de CSG portant sur les revenus du capital (13 milliards d'euros) et de remplacement (9,3 milliards d'euros). La progression de ces deux produits freinerait sensiblement en 2025 à hauteur de + 1,7 % pour le premier et de + 2,6 % pour le second. Au total, les recettes du FSV augmenteraient d'environ 400 millions d'euros.

B. LE FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES

Le FRR ne bénéficie d'aucune affectation de recettes depuis que la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites l'a transformé en fonds fermé. Le 3° confirme cet état de fait en prévoyant que les recettes de cet établissement public sont nulles.

En application du I de l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale, le FRR a désormais pour fonction de verser à la Cades une dotation annuelle pour participer au remboursement de la dette sociale. Entre 2011 et 2024, ce montant avait été fixé à 2,1 milliards d'euros par an, soit un total de 29,4 milliards d'euros. À compter de 2025, en application de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, le versement à la Cades est réduit à 1,45 milliard d'euros par an et consacré à l'amortissement de la dette afférente aux déficits de la Caisse nationale d'assurance vieillesse et du FSV. Ce versement prendra fin à l'expiration des réserves du fonds et, en tout état de cause, au terme de l'apurement de cette dette.

Fin juin 2025, après déduction du versement annuel de 1,45 milliard d'euros, la valeur de marché (hors provisions) du portefeuille du FRR s'élevait à 19,7 milliards d'euros.

C. LA CAISSE D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE

Le 4° prévoit un objectif d'amortissement de 16,2 milliards d'euros, conforme à l'objectif fixé en loi de financement pour 2025 (16,28 milliards d'euros).

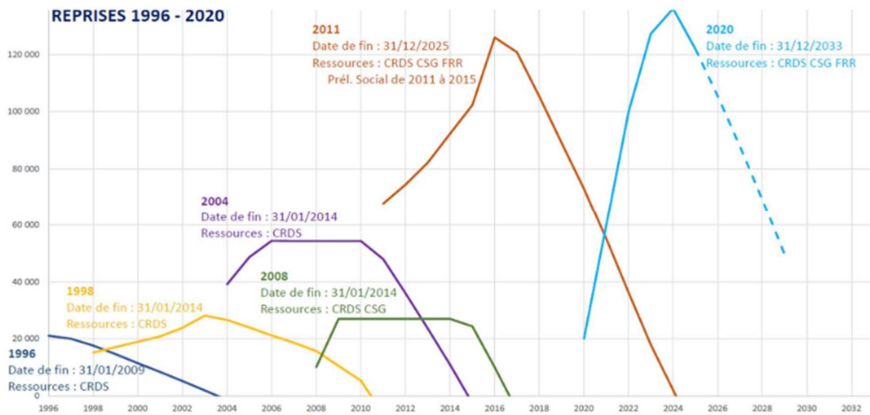
Fin 2025, la Cades devrait avoir amorti 274,8 milliards d'euros de dette, soit 69,3 % des 396,5 milliards d'euros de dette sociale transférée à la même date.

En septembre de l'année 2024, la Cades a mené sa dernière opération de reprise de dette du programme de 136 milliards d'euros prévu par les lois du 7 août 2020 relatives à la gestion de la dette sociale et à l'autonomie ⁽¹⁾.

(1) Loi organique n° 2020-991 et loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie.

Dans l'état actuel des conditions de refinancement, en l'absence de nouvelle reprise de dette, les prévisions de la Cades lui permettent d'estimer qu'elle devrait être en mesure d'amortir l'ensemble de sa dette en 2032.

DURÉE D'AMORTISSEMENT DES DÉFICITS PASSÉS REPRIS PAR LA CADES



Source : annexe 2 du présent projet de loi de financement.

*

* *

Article 2

Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de ses sous-objectifs pour 2025

Cet article maintient à 265,9 milliards d'euros l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2025 mais rectifie la répartition entre ses six sous-objectifs, avec notamment une hausse de 0,7 milliard d'euros pour les soins de ville. L'année en cours est marquée par le déclenchement, pour la première fois depuis dix-huit exercices, de l'alerte sur le risque de dépassement par le comité compétent.

L'article 2, que l'article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale fait figurer parmi les dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale ⁽¹⁾, rectifie l'objectif national d'assurance maladie (Ondam) et ses six sous-objectifs pour l'année en cours.

Pour mémoire ⁽²⁾, l'Ondam retrace surtout des prestations légales, dont l'essentiel des indemnités journalières versées aux assurés, et des dotations aux établissements de santé et médico-sociaux (ESMS), couvrant ainsi des dépenses

(1) Article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale, issu de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(2) Une présentation plus détaillée du champ de l'Ondam figure dans le commentaire de l'article 49.

retracées dans les comptes des branches maladie, accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), et autonomie.

Après un bref retour sur l'Ondam du dernier exercice clos (I), le montant (II) et les motifs (III) de la révision de l'objectif pour l'exercice en cours par la première partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026 seront ensuite présentés, avec un rappel de l'activation au premier semestre de l'alerte quant au risque d'un dépassement d'au moins 0,5 %.

I. L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR 2024

Rejeté tant par l'Assemblée nationale que par le Sénat, le dernier projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss) fait état d'un Ondam exécuté à **256,4 milliards d'euros en 2024** avec les charges liées à l'épidémie de covid-19 ou de 256 milliards d'euros hors ces dernières ⁽¹⁾.

Il avait d'abord été fixé à 254,9 milliards d'euros dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, puis actualisé à 256,9 milliards d'euros aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Le montant arrêté pour 2024 traduit :

– en valeur :

* une progression de 8,6 milliards d'euros par rapport à 2023 sur un champ courant (celui du Placss précédent) ;

* une progression de 8,2 milliards d'euros par rapport à 2023 sur un champ constant (révision des dépenses entre-temps intégrées ou exclues) ⁽²⁾ ;

* un dépassement de 1,5 milliard d'euros en comparaison avec la cible fixée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 ;

* une sous-consommation de 0,5 milliard d'euros au regard de la révision par la loi de financement pour 2025 ;

– en volume :

* une progression de 3,47 % par rapport à 2023 sur un champ courant ;

* une **progression de 3,29 % par rapport à 2023 sur un champ constant** ;

(1) Des développements complémentaires se trouvent dans le rapport n° 1491 de M. Thibault Bazin, rapporteur général, sur le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 4 juin 2025.

(2) Le rapport n° 487 précité explique la méthodologie du passage de l'Ondam courant à l'Ondam constant.

- * un dépassement de 0,59 % en comparaison avec la cible initiale ;
- * une sous-consommation de 0,19 % au regard de la dernière révision.

● En comparant l'évolution d'une année à l'autre, l'augmentation de 3,3 % en 2024 est plus de six fois supérieure à celle de 0,5 % observée en 2023.

Si l'on prend comme référence la prévision initiale par la loi de financement afférente à la même année que celle du Placss (ou anciennement de la première partie de la loi de financement), 2024 marque la **cinquième sur-exécution de l'Ondam de suite**, même si elle est plus modeste que pour les exercices précédents ⁽¹⁾.

Inversement, si la base est la révision par la loi de financement qui précède l'arrêt des comptes – mais cette révision est intervenue, et c'est exceptionnel, presque deux mois après le 31 décembre 2024, en raison de la censure votée à l'encontre du gouvernement de M. Michel Barnier – la bonne surprise de 2024 montre une rupture depuis 2019 ⁽²⁾.

● En comparaison avec sa première estimation, l'Ondam constaté à travers le Placss 2024 enregistre donc une **sur-exécution portant principalement sur les soins de ville (1,5 milliard d'euros)** et minoritairement sur les dépenses des établissements de santé (0,2 milliard d'euros) et celles du sous-objectif du FIR et des autres soutiens à l'investissement (0,1 milliard d'euros), ces deux derniers postes étant compensés par des économies dans le champ des services pour personnes âgées et handicapées (0,2 milliard d'euros au total) et dans celui du sous-objectif afférent aux autres prises en charge (0,1 milliard d'euros).

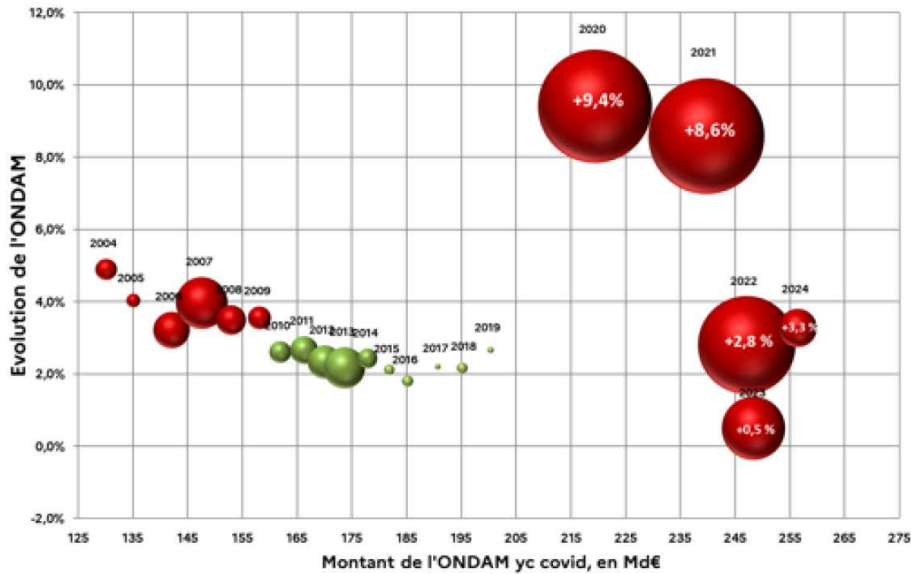
Par rapport à la prévision rehaussée de février 2025, la sous-exécution est répartie entre les soins de ville (0,1 milliard d'euros), les hôpitaux (0,2 milliard d'euros), les établissements sociaux et médico-sociaux (0,1 milliard d'euros) et les dispositifs d'investissement (0,1 milliard d'euros), alors que le sixième sous-objectif affiche un léger dépassement en raison des soins des Français établis à l'étranger (0,05 milliard d'euros).

(1) Le dépassement était de 13,8 milliards d'euros en 2020, puis était monté à 14,70 euros en 2021, avant d'être ramené à 10,4 milliards d'euros en 2022 et à seulement 3,7 milliards d'euros en 2023.

(2) Les cibles révisées avaient été dépassées de 0,5 milliard d'euros en 2020, puis de 1,3 milliard d'euros en 2021 et de 0,2 milliard d'euros en 2022 ainsi qu'en 2023.

CONSOMMATION DE L'ONDAM DE 2004 À 2024 EN VALEUR ET EN VOLUME
PAR RAPPORT À L'EXERCICE PRÉCÉDENT

(en milliards d'euros courants ; en pourcentage)



Note : le *pourcentage* inscrit dans la bulle représente la progression par rapport à l'année précédente (à champ constant) ; la *taille* de la bulle représente l'ampleur du dépassement (rouge) ou de la sous-exécution (vert) par rapport à l'objectif initial.
Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2025).

VARIATION DE L'ONDAM POUR 2024

(en milliards d'euros ; en pourcentage)

Constat 2024 (en Md€), actualisé septembre 2024	ONDAM 2024 en LFSS 2024	ONDAM 2024 en LFSS 2025	Constat 2024 octobre 2025	dont révision par rapport au constat de mars 2025	Taux d'évolution	Ecart à l'objectif en LFSS 2024	Ecart à l'objectif en LFSS 2025
ONDAM TOTAL	254,9	256,9	256,4	-0,06	3,3%	1,5	-0,6
Soins de ville	108,4	110,1	109,9	-0,04	4,0%	1,5	-0,2
Etablissements de santé	105,3	105,6	105,4	-0,03	2,6%	0,2	-0,2
Etablissements et services médico-sociaux	31,5	31,3	31,2	0,00	3,8%	-0,2	-0,1
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	16,3	16,1	16,1	0,00	3,8%	-0,1	0,0
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,2	15,2	15,1	0,00	3,8%	-0,1	-0,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et Soutien national à l'investissement	6,5	6,7	6,6	0,00	4,3%	0,1	-0,1
Autres prises en charges	3,3	3,2	3,2	0,00	-6,8%	-0,1	0,0

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

II. UN OBJECTIF POUR 2025 AU TOTAL INCHANGÉ PAR RAPPORT À CELUI FIXÉ PAR LA DERNIÈRE LOI DE FINANCEMENT POUR L'ANNÉE EN COURS, SI LE RISQUE DE DÉPASSEMENT IDENTIFIÉ PAR LE COMITÉ D'ALERTE EST CORRIGÉ

L'organe chargé, en application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾, « *d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement* », a notifié il y a quatre mois son appréciation selon laquelle il existait un « *risque sérieux* » de dépassement de l'Ondam fixé pour 2025, c'est-à-dire de plus de 1,33 milliard d'euros, ce qui vaut 0,5 % ⁽²⁾ d'un total de 265,86 milliards d'euros.

Tenir ce dernier montant a impliqué des mesures de redressement inédites.

A. UN HYPOTHÉTIQUE RESPECT DE L'OBJECTIF

L'article 2 maintient l'Ondam à **265,9 milliards d'euros en 2025**, dont :

- 113,9 milliards d'euros et 109,5 milliards d'euros pour les sous-objectifs des dépenses de soins de ville et des établissements de santé, qui ensemble correspondent à 84 % du total ;

- 33 milliards d'euros pour l'objectif global de dépenses (OGD) réunissant les deux sous-objectifs concernant les ESMS où sont accueillies des personnes âgées ou handicapées, soit 12,4 % de l'ensemble ;

- 9,4 milliards d'euros pour les deux dernières enveloppes, ne comptant donc que pour 3,5 % de l'objectif agrégé.

L'Ondam rectifié pour 2025 est ainsi, à champ courant :

- en **hausse de 9,5 milliards d'euros par rapport à 2024 (+ 3,7 %)** ;

- **identique au montant prévu par la LFSS 2025** ;

- en dérapage de 3,4 milliards d'euros au regard des 262,5 milliards d'euros envisagés par la loi de programmation des finances publiques (LPFP) ⁽³⁾ ;

- en dépassement de 0,7 point de pourcentage en comparaison avec les 3,0 % de progression depuis 2024 projetés par la même LPFP.

(1) Créé par le I de l'article 40 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(2) Seuil fixé par le premier alinéa de l'article D. 114-4-0-17 du code de la sécurité sociale.

(3) La caducité de la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour 2023 à 2027, analysée par les rapporteurs généraux des commissions des finances et des affaires sociales des deux assemblées, la Cour des comptes, etc. depuis ses premiers mois d'application, n'est plus à souligner.

Alors qu'il avait été respecté de 2010 à 2019 puis dépassé consécutivement de 2020 à 2024, **l'Ondam pourrait être respecté en 2025, sous l'impérieuse mais très incertaine réserve de la bonne tenue des mesures de redressement prises au tout début de l'été** (cf. *infra*) et de l'absence de choc d'ici à décembre.

DÉCOMPOSITION DU DÉPASSEMENT ET DU REDRESSEMENT DES COMPOSANTES DE L'ONDAM POUR 2025 PAR RAPPORT À LA PRÉVISION

(en milliards d'euros ; en pourcentage)

Montant en Md€	Objectifs 2025 en LFSS pour 2025	Objectifs 2025 en LFSS pour 2026	Ecart à la LFSS pour 2025	dont mesures en lien avec le Comité d'alerte	dont opérations de périmètre	dont dépasement	évolution par rapport à la base actualisée
ONDAM TOTAL	265,9	265,9	0,0	-0,8	-0,1	0,9	3,6%
Soins de ville	113,2	113,9	0,7	0,0	0,0	0,8	3,7%
Etablissements de santé	109,6	109,5	-0,2	-0,3	0,0	0,1	3,8%
Etablissements et services médico-sociaux	33,4	33,0	-0,4	-0,2	-0,1	0,0	4,5%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	17,6	17,4	-0,2	-0,1	-0,1	0,0	6,3%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,7	15,6	-0,2	-0,1	0,0	0,0	2,6%
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et Soutien national à l'investissement	6,3	6,1	-0,2	-0,1	0,0	0,0	-5,3%
Autres prises en charges	3,4	3,3	-0,1	-0,1	0,0	0,0	3,7%

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Cette stabilité globale serait inégalement répartie entre les sous-objectifs ⁽¹⁾ :

– celui des soins de ville dépasserait sa cible de 739 millions d'euros, dont 287 millions d'euros (38,8 %) du fait des dépenses de produits de santé ;

– la compensation concernerait toutes les autres lignes :

* 165 millions d'euros pour les établissements de santé, ce qui est le solde d'une surconsommation de 226 millions d'euros sur le champ des produits de santé et 393 millions d'économies, elles-mêmes liées pour 267 millions d'euros (67,9 %) à la non-restitution de sommes mises en réserve ;

* 353 millions d'euros dans le champ de l'autonomie, avec 201 millions d'euros pour les établissements accueillant des personnes âgées et 152 millions d'euros pour ceux accueillant des personnes en situation de handicap ;

* 156 millions d'euros pour les divers soutiens à l'investissement, dont une partie nécessite une rectification législative, à savoir 60 millions d'euros de moindre dotation au fonds de modernisation pour l'investissement en santé (Fmis) (cf. *infra* le commentaire de l'article 3) ;

* 65 millions d'euros pour les autres prises en charge (addictions, soins des Français établis hors de France, etc.).

(1) Des arrondis font apparaître un dépassement de 0,7 milliard d'euros et des baisses de 0,8 milliard d'euros. Les chiffres plus fins ont été communiqués au rapporteur général par la direction de la sécurité sociale.

Les dépenses au titre du « Ségur de la santé » reculeraient de 0,4 milliard d'euros par rapport à 2024 pour s'élever à 12,6 milliards d'euros en 2025.

Le « Ségur de la santé »

En réponse à l'urgence sanitaire et aux difficultés dont elle souligné l'acuité des défis, un plan massif pour la modernisation du système de santé a été mis en place au cours des exercices 2021 à 2024 – après une concertation menée au printemps et à l'été 2020 –, visant à revaloriser les métiers des secteurs sanitaire et médico-social et à investir dans les établissements (déclinaisons appelées « Ségur numérique » ou « Ségur immobilier »).

Les rapports successifs à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) notent que ses dépenses ont été de 1,4 milliard d'euros en 2020 au titre de la rectification de l'Ondam pour cet exercice, de 9,3 milliards d'euros en 2021 puis de 12,6 milliards d'euros en 2022 et enfin de 13,2 milliards d'euros en 2023. Selon l'annexe 5 du PLFSS, elles atteindraient 13 milliards d'euros en 2024 et, donc, 12,6 milliards d'euros en 2025.

B. L'ALERTE DE JUIN 2025 ET SES SUITES

En sus des éventuelles mesures de la loi de financement de la sécurité sociale ou d'une autre loi réduisant les charges des branches maladie, AT-MP et autonomie, l'Ondam est modéré par quatre leviers :

- la mise en réserve d'une fraction de ses crédits, certes évaluatifs ⁽¹⁾ ;
- la minoration de certains versements aux établissements (tarifs des séjours, dotations de fonctionnement ou d'investissement, etc.) ;
- l'enregistrement *a posteriori* de recettes atténuatives (remises et clause de sauvegarde sur les médicaments et contribution des organismes d'assurance maladie complémentaire pour les rémunérations forfaitaires des professionnels de santé) ;
- la surveillance de l'exécution de l'objectif par un comité *ad hoc*.

1. Le fonctionnement du comité d'alerte

● Seule disposition de la section 7 du chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, son article L. 114-4-1 ⁽²⁾ charge un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie (Cadam – parfois désigné, hors des textes, comme comité d'alerte sur l'Ondam, car tel est bien l'agrégat qu'il suit, non l'objectif afférent à la branche maladie, maternité, invalidité et décès au sens strict) « d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

(1) Article 20 de la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.

(2) Créé par le I de l'article 40 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement ».

Il s'agit d'un organe restreint puisque n'en sont membres que le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) – nommé par le Premier président de la Cour des comptes et généralement conseiller maître auprès de cette dernière –, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et d'une personnalité qualifiée choisie par le président du Conseil économique, social et environnemental (Cese).

Le Cadam est habilité à *« faire participer à ses travaux les experts de son choix et procéder à toute audition qu'il jugera utile »* et à se voir communiquer par les administrations compétentes de l'État et de la sécurité sociale les *« éléments d'information et les études dont ils disposent utiles à l'exercice de sa mission »*⁽¹⁾.

Ne produisant initialement qu'un avis, en juin, le Cadam s'est vu confier, au fil des modifications de son mandat intervenues en 2007, 2008, 2010 et 2012, le soin d'en rendre au moins trois par an⁽²⁾ :

– au plus tard le 15 avril, sur les anticipations de réalisation de l'Ondam de l'année précédente et les incidences pouvant en être déduites pour celle en cours ;

– au plus tard le 1^{er} juin et *« en tant que de besoin »*, sur l'exercice en cours, avec une analyse de *« l'impact [sic] des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie »*, autant pour l'exécution entre temps connue de l'Ondam pour l'exercice clos que pour le *« risque »* concernant celui en cours ;

– au plus tard le 15 octobre, dans lequel le comité *« contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses »* et aborde une nouvelle fois le respect de la cible pour l'année en cours (compte tenu du dépôt du PLFSS pour 2026 le 14 octobre 2025, cette exigence de la loi ne pourra encore une fois pas être respectée).

● L'avis obligatoire rendu avant juin ou l'un de ceux préparés *« en tant que de besoin »* peut être le support de l'alerte donnant son nom au comité.

En effet, lorsqu'il repère un *« risque sérieux »* que l'Ondam dépasse son montant prévu *« avec une ampleur supérieure à un seuil qui ne peut excéder 1 % »*, soit 0,5 % depuis 2013⁽³⁾, le Cadam adresse aux destinataires susmentionnés une

(1) Articles D. 114-0-15 et D. 114-0-16 du code de la sécurité sociale.

(2) La lettre de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale pourrait laisser entendre que le deuxième ne serait pas public et que le premier ne serait pas transmis au Parlement. Dans les faits, la transparence de tous est assurée, pour les assemblées comme sur le site internet de la direction de la sécurité sociale. Les avis sont enfin reproduits dans l'annexe 5 du projet de loi de financement, chaque automne.

(3) Article D. 114-4-0-17 du code de la sécurité sociale (0,75 % en 2004 ; 0,7 % en 2001 ; 0,6 % en 2012).

notification, puis les caisses « *proposent des mesures de redressement* ». Le comité rend un avis sur ces mesures et « *le cas échéant, celles que l'État entend prendre pour sa part* ».

Les avis classiques du comité n'appellent pas de commentaire : le rapporteur général en prend connaissance avec intérêt mais les dérapages qu'ils dénoncent, s'ils ne dépassent pas le seuil de 0,5 %, ne sont pas (tenus d'être) corrigés.

En revanche, la notification d'un « *risque sérieux* » de surconsommation dans un tel volume a été nécessaire deux fois :

– les enjeux budgétaires et les circonstances politiques ayant vieilli, il n'est pas nécessaire de revenir ici sur l'alerte émise il y a dix-huit ans ⁽¹⁾ ;

– la seconde occasion est d'actualité et devrait avoir une incidence sur la rectification de l'Ondam pour 2025 et sa détermination pour 2026.

● Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) avait, il y a quatre ans, formulé des recommandations pour rendre les avis du comité d'alerte à la fois plus riches et plus opérationnels : « *le rôle du comité d'alerte étant étroitement lié à la régulation infra-annuelle, il devrait être redéfini ; celui-ci devrait continuer à se prononcer sur les risques de dépassement de l'Ondam, mais les mesures correctrices que les caisses et l'État devraient alors présenter s'inscriraient désormais dans une perspective pluriannuelle ; il y aurait ainsi une approche graduée de l'alerte, en fonction du degré de risque – risque d'utilisation de la provision, qui appellerait une analyse de ses causes (épidémiologie, innovation, augmentation inattendue d'un poste de dépenses) et des mesures pluriannuelles en cohérence avec celles-ci, [puis] risque de dépassement de la provision, qui appellerait alors des mesures destinées à l'empêcher* » ⁽²⁾.

2. Les conséquences de l'alerte sur les revalorisations conventionnelles

Une des mesures de redressement à prendre par les caisses et l'exécutif n'est pas discrétionnaire. En effet, le II de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale dispose que si l'alerte est prononcée et « *dès lors qu'il apparaît que [le] risque de dépassement est en tout ou partie imputable [aux] dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires [...] ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords [...] est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale concernée ; à défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de*

(1) Avis du Cadam n° 2007-4 du 29 mai 2007 et n° 2007-5 du 29 juin 2007.

(2) Hcaam, La régulation du système de santé, mai 2021.

redressement [...], l'entrée en vigueur est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante ».

Quoique les facteurs de dépassement du sous-objectif des soins de ville ne soient pas nécessairement liés à la pratique des professionnels de santé, l'intérêt de cette disposition est de faire contribuer les libéraux au redressement de l'Ondam dans la mesure où ils ne peuvent pas être concernés par les mises en réserve, à la différence des établissements hospitaliers ou sociaux et médico-sociaux (ESMS).

3. La procédure suivie en 2025

● Le Cadam, après avoir souligné la « *fragilité de la construction* » de l'objectif pour l'exercice en cours, a insisté sur six points ⁽¹⁾ :

– le « *point de fuite majeur* » du déficit des établissements publics de santé (cf. annexe 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale) ;

– la hausse des dépenses d'indemnités journalières du régime général de 6,7 % sur les quatre premiers mois de l'année par rapport à la même période de la précédente contre une prévision de 4,0 % (aléa de 0,5 milliard d'euros) ;

– la non-signature d'un accord d'économies avec le secteur pharmaceutique, du fait des représentants de ce dernier (aléa de 0,6 milliard d'euros) ;

– l'absence de prise d'un décret baissant les plafonds des remises et donc indirectement les prix des médicaments génériques (aléa de 0,1 milliard d'euros) ;

– le « *caractère très incertain et circulaire* » de l'estimation des actions maîtrise médicalisée des dépenses en ville, car « *année après année, la réalisation des économies prévues [à ce] titre n'est que partiellement documentée ; leur réalité n'est ainsi que partiellement avérée ; à ce stade de l'année, il n'y a pas de raison qu'il en aille différemment en 2025* » (aléa de 0,6 milliard d'euros) ;

– l'insuffisance et la trop relative fongibilité des mises en réserve, dont près de 82 % pèsent sur les champs hospitalier (687 millions d'euros) et médico-social (241 millions d'euros), alors que l'activité de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) pourrait croître deux fois plus vite que prévu, à hauteur de 4,7 % au lieu de 2,2 % sur les trois premiers mois de l'année (aléa d'environ 1 milliard d'euros) ;

– le volume limité de la sous-exécution de l'Ondam en 2024 par rapport à sa dernière rectification – certes non en comparaison avec sa cible de départ (différence de 0,5 milliard d'euros d'après le Placss, pour laquelle le Cadam ne semble retenir un effet « base » sur 2025 que pour 0,3 milliard d'euros).

(1) Avis du Cadam n° 2025-2 du 18 juin 2025.

Conformément à l'article précité du code de la sécurité sociale, les suites du déclenchement de l'alerte sont que les caisses – depuis la suppression du Régime social des indépendants (RSI) ⁽¹⁾ ne subsistent que la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), quoique cette dernière gère aussi d'autres branches – « *proposent des mesures de redressement* » puis que le comité rend un avis sur ces mesures et « *le cas échéant, celles que l'État entend prendre pour sa part* ».

● Les deux caisses ont proposé quatre axes d'économies pour un total de 1,65 milliard d'euros.

La première – quoique ce levier soit en fait automatique – est la suspension de l'application de stipulations majorant les honoraires de certains professionnels de santé figurant dans des conventions signées avec l'assurance maladie, pour une économie de 150 à 159 millions d'euros en 2025, donc un report équivalent sur les comptes de 2026.

Dix professions de santé avaient conclu de telles conventions (ou avenants) mais ont vu la revalorisation dont ils devaient bénéficier à partir du 1^{er} juillet 2025 (dans certains cas, en tant que seconde étape de relèvements faits le 22 décembre 2024) repoussée au 1^{er} janvier 2026 :

– les masseurs-kinésithérapeutes (l'avenant n° 7 à leur convention nationale, signée le 13 juillet 2023, prévoyait la hausse des honoraires des actes de rééducation orthopédique et rhumatologique pour 1,33 euro par séance, de rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie des personnes âgées pour 5,53 euros par séance, des interventions en balnéothérapie pour 2,87 euros par séance et des indemnités de déplacement avec la création d'un forfait de 4 euros) ;

– les médecins spécialistes en psychiatrie, neurologie, gynécologie, gériatrie et médecine physique et de réadaptation (l'article 74 de la convention revalorisant les séances de 2 à 5 euros selon les cas) ⁽²⁾ ;

– les pédiatres (l'article 76 de la convention prévoyait une hausse de 6 euros pour les consultations obligatoires avec certificat et de 1 euro pour les consultations de suivi des enfants de moins de 2 ans) ;

– les psychiatres (était prévue une revalorisation de 6 euros de la majoration pour la prise en charge des enfants) ;

– les dermatologues (une hausse de 6 euros devait concerner le dépistage du mélanome réalisé en cabinet) ;

(1) Article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(2) Hors majoration de coordination spécialiste (MCS), qui s'élève à 5 euros.

– les endocrinologues ou internes (un relèvement de 0,5 euro par séance devait intervenir pour leurs consultations en diabétologie).

Le rapporteur général souligne que suspension de ces valorisations a suscité un certain émoi chez lesdits professionnels de santé, parfois même un sentiment d’injustice, par exemple pour les masseurs-kinésithérapeutes à qui l’on ne peut pas imputer la hausse des soins de ville marquée par l’augmentation des arrêts de travail ; cela vient remettre en question la confiance dans les négociations conventionnelles et peut créer une suspicion quand l’assurance maladie proposera à l’avenir une revalorisation en cours d’année.

Le reste des mesures consiste en un renforcement des actions de maîtrise médicalisée, de modération des prestations en espèces, de négociations de baisse des prix des médicaments et dispositifs médicaux et de l’absence restitution de crédits aux établissements – le cas le plus simple est celui des dotations : en fin d’exercice, tout ou partie des sommes gelées à son ouverture est soit rendue (dégelée) soit annulée ; il existe des mécanismes plus complexes, comme la minoration des tarifs de MCO, de gynécologie et d’odontologie par un coefficient ⁽¹⁾.

SYNTHÈSE DU PLAN DE REDRESSEMENT PROPOSÉ PAR LA CNAM ET LA CCMSA

(en millions d’euros)

Mesures dans le champ conventionnel	Suspension de revalorisations	150
	Convention cadre entre l’assurance maladie et les artisans taxi	45
Mesures de renforcement des actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre les fraudes	Actions dans le champ des IJ : • Actions auprès des principaux prescripteurs d’arrêts de travail • Actions auprès des assurés • Actions auprès des entreprises	100
	Autres actions hors IJ (produits de santé, transports, actes, ...)	100
Mesures de baisses de prix des produits de santé	Conclusion de l’accord avec le LEEM Sécurisation économies génériques	550
	Plan de baisse de prix de dispositifs médicaux	25
Dépassement sur l’activité hospitalière	Annulation d’une partie des mises en réserve	680
Total		1 650

Source : courrier du directeur général de la Cnam au rapporteur général, 23 juin 2025.

Le Gouvernement a fait siennes toutes les recommandations des caisses et a annoncé des mesures additionnelles sur les produits de santé, portant le redressement escompté à 1,74 milliard d’euros ⁽²⁾.

(1) Articles L. 162-22-3-2 et L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale.

(2) Compte rendu de l’audition de Mme Catherine Vautrin, ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, et Mme Amélie de Montchalin, ministre auprès du ministre de l’économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargée des comptes publics, par la commission des affaires sociales de l’Assemblée nationale, 25 juin 2025.

● Toutes choses égales par ailleurs, le comité a émis un *satisfecit* à l'endroit de ces pistes, estimant qu'elles étaient étayées pour 1,53 milliard d'euros ⁽¹⁾ :

– 770 millions d'euros auraient un « caractère certain dans leur nature et dans leur montant », à savoir les baisses des crédits des cinq autres sous-objectifs que celui afférent aux soins de ville, sauf réaffectation à un autre objet d'ici à la fin de l'année (étant entendu que 420 millions d'euros de recettes tarifaires restaient encore intouchés, donc encore dégelables ou annulables) :

* 680 millions d'euros concernant les établissements de santé (267 millions d'euros) et sociaux et médico-sociaux (125 millions d'euros pour ceux accueillant des personnes handicapées et 116 millions d'euros pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou ceux chargés de publics spécifiques (57 millions d'euros), le FIR (60 millions d'euros) et les opérateurs sous tutelle de l'État mais soutenus par l'Ondam (54 millions d'euros) ;

* 60 millions d'euros pour le Fmis ;

* 30 millions d'euros du fait du report de l'entrée en vigueur au 1^{er} novembre de la majoration de la rémunération des gardes des praticiens libéraux dans le cadre de la permanence hospitalière (quoique le comité relève qu'il s'agit en réalité de la correction d'une surestimation initiale et qu'il faut encore que ce surplus ne soit pas utilisé pour un autre poste) ;

– 755 millions d'euros auraient un « caractère certain dans leur nature et probable ou vraisemblable dans leur montant » :

* 150 millions d'euros concernant les revalorisations conventionnelles ;

* entre 30 et 33 millions d'euros du fait de la nouvelle convention avec les taxis gelant les tarifs à leur niveau de 2024 (l'exécutif évoque 45 millions d'euros) ;

* 550 millions d'euros de baisse des prix de certains médicaments qui interviendraient par voie conventionnelle et à défaut par arrêté, dont 270 millions d'euros par l'anticipation d'un plan prévu en 2026, 180 millions d'euros à raison de l'application des remises conventionnelles en outre-mer et 100 millions d'euros au titre des génériques ;

* 25 millions d'euros de baisse du prix de certains dispositifs médicaux ;

– 235 à 240 millions d'euros auraient un « caractère incertain » :

* pour 15 millions d'euros, l'incidence de la nouvelle convention avec les taxis serait surévaluée ;

* les 200 millions d'euros de mesures indiquées par l'assurance maladie pour sécuriser l'atteinte de l'objectif de 900 millions d'euros d'effort dans la

(1) Avis du Cadam n° 2025-3 du 17 septembre 2025.

maîtrise médicalisée et la lutte contre les fraudes sont mal établis et difficiles à distinguer, d'autant que ces mesures « *requièrent un temps unitaire élevé et souvent incompressible de réalisation* », selon le Cadam (pour 100 millions d'euros, intensification des régulations des arrêts de travail entraînant le versement d'indemnités journalières, alors que pour l'ambition de départ est déjà « *volontariste* » ; pour 67 millions d'euros, frein à l'usage des médicaments ; pour 15 millions d'euros, frein à l'usage des dispositifs médicaux ; pour 8 millions d'euros, frein des transports sanitaires).

Toutefois, le comité n'écarte pas l'éventualité d'un dépassement supplémentaire du sous-objectif relatif aux soins de ville au-delà même de celui qu'il suspectait en juin et rappelle que certains mouvements favorables à la branche maladie des régimes de base peuvent se faire au détriment des comptes des établissements publics de santé (267 millions d'euros d'annulations de dotations dont le ministère de la santé ramènerait la moins-value à moins de 100 millions d'euros compte tenu de la surestimation d'autres enveloppes) et sociaux et médico-sociaux (241 millions d'euros d'annulations de dotations dont l'effet serait nul car des mesures nouvelles seraient devenues sans objet) ou des opérateurs de l'État.

*

* *

Article 3

Rectification de la contribution des régimes d'assurance maladie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé pour 2025

Cet article rectifie à 463 millions d'euros au lieu de 523 millions d'euros la dotation de la branche maladie, maternité, invalidité et décès des régimes obligatoires de base versée en 2025 au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé.

I. LE DROIT EXISTANT

L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 a confié à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) la gestion d'un fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (Fmis), dont les charges font partie de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) au titre de son sous-objectif relatif au fonds d'intervention régional (FIR) et au soutien national à l'investissement.

Aux termes des 1° et 2° du I de l'article 95 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, la dotation au Fmis a été fixée pour l'exercice en cours aux montants suivants :

– 523 millions d'euros pour la branche maladie des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) ;

– 86 millions d’euros pour la branche autonomie du seul régime général.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

S’agissant de la rectification de l’Ondam pour 2025 et de sa détermination pour 2026, de plus amples développements figurent *supra* dans le commentaire de l’**article 2** du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 et *infra* dans celui de l’**article 49** ; s’agissant d’une présentation approfondie du Fmis, il est renvoyé *infra* au commentaire de l’**article 46**.

L’**article 3** abaisse de 523 millions d’euros à 463 millions d’euros (– 11,5 %) la dotation de la branche maladie au Fmis pour 2025.

Cette économie fait partie des mesures de redressement devenues nécessaires à la suite du déclenchement par le comité compétent (Cadam) de l’alerte sur le risque d’un dépassement de l’Ondam pour plus de 0,5 %, le 18 juin 2025.

*

* *

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

TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

Article 4 **Amélioration des capacités juridiques du recouvrement**

Cet article apporte divers ajustements à des règles de procédure ayant trait au recouvrement des cotisations et des contributions sociales. Il supprime l'obligation d'inscription des créances privilégiées de la sécurité sociale au registre des sûretés mobilières. Il étend aux créances sociales les conditions de délai applicables aux créances fiscales en cas de procédure collective. Enfin, il permet le mandatement des présidents de commission des chefs de service financier (CCSF) par les directeurs des organismes de recouvrement.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LE PRIVILÈGE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR LE RECOUVREMENT DE CERTAINES CRÉANCES EST SUBORDONNÉ À LEUR INSCRIPTION SUR UN REGISTRE PUBLIC

1. Le paiement des cotisations et des contributions sociales est garanti par un privilège reconnu aux organismes de recouvrement

● Le paiement des cotisations comme des majorations et pénalités de retard est garanti, pendant un an à compter de leur date d'exigibilité, par un privilège sur les biens meubles du débiteur ⁽¹⁾. Ce privilège prend rang concurremment avec celui dont bénéficient les salariés pour le versement de certains éléments de rémunération et indemnités ⁽²⁾. Il constitue le pendant, en matière sociale, du privilège du Trésor pour le recouvrement des impositions de toutes natures et taxes assimilées, des amendes fiscales et pénales, du droit fixe de procédure dû par les personnes condamnées par les juridictions répressives et des créances de toutes natures en matière de contributions indirectes, recouvrés par les comptables publics ⁽³⁾.

Initialement, le privilège de la sécurité sociale s'étendait aussi aux biens immeubles ⁽⁴⁾, avant d'être restreint aux hypothèques légales en exécution des

(1) Article L. 243-4 du code de la sécurité sociale.

(2) En application de l'article L. 2331 du code civil et des articles L. 625-7 et L. 625-8 du code de commerce.

(3) Article 1920 du code général des impôts.

(4) Article 36 de l'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945, dans sa rédaction initiale.

prescriptions applicables en matière de publicité foncière ⁽¹⁾. À l'inverse, alors que ledit privilège était d'abord limité aux cotisations sociales, il comprend aussi, depuis 1999, les majorations et les pénalités de retard ⁽²⁾.

● Dès lors qu'elle dépasse un montant fixé par décret en fonction de la catégorie à laquelle appartient le cotisant ou de l'effectif de son entreprise, toute créance privilégiée en application de cette règle, due par un commerçant, une personne immatriculée en tant qu'entreprise du secteur des métiers et de l'artisanat au registre national des entreprises, une personne physique exerçant une activité professionnelle indépendante, y compris une profession libérale, ou une personne morale de droit privé, doit être inscrite au registre des sûretés mobilières et autres opérations connexes ⁽³⁾.

MONTANT À PARTIR DUQUEL L'INSCRIPTION DU PRIVILÈGE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EST OBLIGATOIRE

Catégorie de cotisant	Montant
Travailleurs indépendants	10 000 euros
Employeurs occupant plus de 50 salariés	15 000 euros
Autres créances	20 000 euros

Source : article D. 243-3 du code de la sécurité sociale.

L'inscription du privilège s'effectue au terme du semestre civil suivant la génération de la créance, c'est-à-dire à compter de sa date limite de paiement ou, le cas échéant, de la date de notification de l'avertissement ou de la mise en demeure préalables à l'engagement de poursuites, lorsque la créance est constatée lors d'un contrôle mené par les organismes de recouvrement ⁽⁴⁾. L'organisme créancier n'est toutefois pas tenu d'inscrire ces créances lorsque le débiteur respecte un plan d'apurement échelonné de sa dette. En revanche, dès lors que le plan est dénoncé, l'organisme créancier doit procéder à l'inscription dans un délai de deux mois.

● Cette inscription revêt un caractère décisif dans la mesure où, en cas de procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires du redevable ou d'un tiers tenu légalement au paiement de ces sommes, le privilège dont l'inscription n'a pas été régulièrement requise à l'encontre du redevable ne peut plus être exercé pour les créances qui étaient soumises à titre obligatoire à cette inscription ⁽⁵⁾.

(1) Article L. 243-4 du code de la sécurité sociale précité. Cette rédaction est issue du décret n° 55-22 du 4 janvier 1955 qui a transformé la plupart des privilèges pleinement généraux en privilèges mobiliers assortis d'une hypothèque légale.

(2) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

(3) Premier alinéa de l'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale et 14° de l'article R. 521-2 du code de commerce, issu du décret n° 2021-187 du 29 décembre 2021 relatif au registre des sûretés mobilières et autres opérations connexes.

(4) Premier alinéa de l'article L. 243-5 précité.

(5) Quatrième alinéa de l'article L. 243-5 précité.

Les créances d'un montant inférieur à ceux reproduits dans le tableau *supra* entrent dans le champ du privilège de la sécurité sociale bien qu'elles ne soient pas inscrites au registre précité, en vertu d'un « privilège occulte ».

2. Les opérations liées à la publicité des créances sociales constituent une charge susceptible d'obérer l'efficacité du recouvrement

La procédure d'inscription au registre n'est actuellement pas automatisée dans l'ensemble du réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf). Outre une allocation peu satisfaisante des ressources de ces organismes, cette situation peut compromettre l'inscription de créances en temps utile et faire obstacle par conséquent à la mise en œuvre du privilège de la sécurité sociale. Cela peut notamment se produire lorsqu'une entreprise est rapidement admise à une procédure collective. Aussi, le Gouvernement estime qu'une partie au moins de l'écart constaté entre le montant des inscriptions par les Urssaf – qui s'élevait en 2024 à 1,5 milliard d'euros – et celui des créances restant à recouvrer – lequel atteignait 2,7 milliards d'euros – pourrait s'expliquer par un défaut d'inscription. Le reste de la différence entre ces deux sommes tiendrait, d'une part, à ce que certaines créances relèvent du privilège occulte et, d'autre part, à la régularisation rapide de créances qui ne sont par conséquent jamais inscrites ⁽¹⁾.

En outre, le registre étant public, l'inscription des créances d'une entreprise peut affecter la confiance de ses clients et de ses fournisseurs, au risque d'accroître les difficultés qu'elle rencontre.

B. L'ÉTABLISSEMENT DÉFINITIF DES CRÉANCES SOCIALES LORS D'UNE PROCÉDURE COLLECTIVE EST ENFERMÉ DANS DES DÉLAIS

● Lorsqu'une procédure collective est mise en œuvre, les créanciers publics sont tenus de remettre au mandataire judiciaire désigné par le tribunal de commerce la déclaration de leurs créances nées antérieurement au jugement d'ouverture ⁽²⁾. La déclaration des créances doit être faite alors même qu'elles ne sont pas établies par un titre exécutoire. Aussi, celles dont le montant n'a pu être définitivement établi par un titre exécutoire sont déclarées sur la base d'une évaluation et leur montant admis à titre provisionnel ⁽³⁾.

Les créances fiscales et sociales font sur ce point l'objet d'un traitement distinct. Dans le cas des premières, lorsque la détermination de l'assiette et du calcul de l'impôt est en cours, l'établissement définitif des créances admises à titre provisionnel doit être effectué par l'émission du titre exécutoire dans un délai fixe de douze mois à compter de la publication du jugement d'ouverture. Par ailleurs, si une procédure de contrôle ou de rectification de l'impôt a été engagée,

(1) Annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 6.

(2) Premier alinéa de l'article L. 622-4 du code de commerce.

(3) Quatrième alinéa du même article.

l'établissement définitif des créances qui en font l'objet doit prendre place avant le dépôt au greffe du compte rendu de fin de mission par le mandataire judiciaire. En outre, le délai précité est suspendu en cas de recours amiable formé par le débiteur ⁽¹⁾.

S'agissant des créances sociales, leur établissement définitif doit intervenir dans le délai fixé par le tribunal de commerce ⁽²⁾, susceptible de varier d'une procédure à l'autre, ce qui limite la prévisibilité et l'étendue des marges d'action des organismes sociaux.

C. LA COMMISSION DES CHEFS DE SERVICE FINANCIER FAVORISE L'ACTION COORDONNÉE DES CRÉANCIERS PUBLICS

● Depuis 2007, il est constitué dans chaque département une commission rassemblant les chefs de service financier et des représentants des organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'assurance chômage (CCSF). Celle-ci est compétente pour examiner la situation des agriculteurs, des commerçants, des artisans, des membres de professions libérales et de toute personne morale de droit privé en retard pour le paiement de toute somme due au titre des impôts, des taxes et des autres produits du budget de l'État ainsi que des cotisations et contributions de sécurité sociale, d'assurance chômage et de retraite complémentaire ⁽³⁾.

Cette commission comprend :

– le directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques, qui la préside ;

– les directeurs des organismes de sécurité sociale des divers régimes obligatoires de base chargés du recouvrement des cotisations dans le département ;

– le directeur régional de France Travail ;

– le directeur du travail, chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles, si la personne dont la situation doit être examinée est débitrice de cotisations envers les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) ;

– le directeur régional des douanes, si le redevable est débiteur envers l'administration des douanes et droits indirects.

– le représentant des institutions de retraite complémentaire ⁽⁴⁾.

(1) Ibid.

(2) Premier alinéa de l'article L. 624-1 du code de commerce.

(3) Article 1er du décret n° 2007-686 du 4 mai 2007 instituant dans chaque département une commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage (CCSF) pour l'examen de la situation des débiteurs retardataires.

(4) Article 2 du décret n° 2007-686 précité.

La commission a notamment pour mission d'étudier avec chaque comptable ou organisme chargé du recouvrement l'établissement d'un plan d'apurement échelonné d'une ou plusieurs dettes du débiteur. Elle se prononce à l'unanimité sur ce plan, sa décision s'imposant aux différentes administrations et différents organismes chargés du recouvrement qui ont participé à la décision ou ont été représentés lors de la commission, quelle que soit l'implantation des différents services ou organismes créanciers ⁽¹⁾.

Dans les procédures de conciliation, de sauvegarde et de redressement judiciaire, la commission peut examiner les demandes de remise de dette se rapportant à des créances publiques ainsi que, le cas échéant les demandes de plan d'apurement échelonné d'une ou plusieurs dettes qui les accompagnent ⁽²⁾.

● Par ailleurs, les organismes chargés du recouvrement des cotisations sociales – dont les directeurs sont membres de la CCSF – peuvent, dans le cadre des solutions d'apurement de créances négociées avec les entreprises, prendre des garanties sur ces passifs, en particulier sous la forme d'une hypothèque légale ou conventionnelle ou d'une fiducie. Or, si le directeur d'une Urssaf et ou d'une caisse de MSA peut donner mandat à certains agents de son organisme ou à un agent d'un autre organisme de sécurité sociale pour le représenter dans les actes de la vie civile ⁽³⁾, il n'existe actuellement pas de base légale au mandatement, par ce directeur, d'un membre de l'administration fiscale, tel que le directeur départemental des finances publiques qui préside la CCSF. L'état de la législation paraît sur ce point préjudiciable à l'approfondissement de la coopération entre l'administration fiscale et le réseau des Urssaf quant à la mise en œuvre de plans d'apurement impliquant la prise de garanties.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

● Cet article conforte l'action des organismes de recouvrement en remédiant aux limites du droit en vigueur.

En premier lieu, compte tenu de la charge liée à l'obligation d'inscription des créances sociales, le **I** met fin à ladite obligation en étendant de ce fait le régime du privilège occulte à l'ensemble de celles-ci :

– son **3°** supprime les cinq premiers alinéas de l'article L. 243-5 précité, lesquels prévoient cette inscription et les divers aménagements de procédure et dérogations qui s'y rapportent ;

– son **1°** assure une coordination à l'article L. 133-9-2 du code de la sécurité sociale, qui se rapporte au recouvrement des cotisations et contributions sociales des groupements d'artistes et des entrepreneurs du spectacle vivant, en y supprimant la mention des sûretés définies par l'article L. 243-5.

(1) Article 4 du même décret.

(2) Article 5 du même décret.

(3) Quatrième alinéa de l'article L. 122-1 du code de la sécurité sociale.

Le 2° supprime de surcroît, à l'article L. 243-4 du même code, la mention du délai dans lequel s'exerce ce privilège, actuellement fixé à un an, en renvoyant sa définition et ses modalités d'exercice à un décret en Conseil d'État.

La première phrase du V diffère l'entrée en vigueur de ces modifications au 1^{er} juillet 2026.

- Le II étend aux créances sociales le régime applicable à la transformation des déclarations provisionnelles de créances fiscales en déclarations définitives. Pour ce faire, son 1° complète respectivement les sixième et septième phrases du quatrième alinéa de l'article L. 622-24 du code du commerce pour étendre aux créances de cotisations sociales les conditions de délai applicables à l'établissement définitif des créances fiscales. Son 2° modifie la dernière phrase du même alinéa pour préciser que la suspension de ce délai en cas de saisine de l'une des commissions de recours amiable relatives aux diverses contributions affectées au budget de l'État concerne uniquement les créances fiscales.

La seconde phrase du V prévoit que cet alignement s'applique aux procédures collectives ouvertes et aux liquidations judiciaires prononcées à compter du 1^{er} janvier 2027.

- Le III procède à une mise en cohérence des règles applicables au sein du régime agricole s'agissant de la remise des pénalités ou majorations de retard dues par le redevable en cas de procédure collective.

Le dernier alinéa de l'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale dispose que les pénalités, majorations de retard et frais de poursuites dûs par le redevable sont remis à la date du jugement d'ouverture, sauf si le passif déclaré résulte en tout ou partie du constat de l'infraction de travail dissimulé. Bien que cette disposition, qui concerne l'ensemble des créances sociales, s'applique tant aux régimes agricoles qu'au régime général de sécurité sociale, une disposition particulière applicable aux seules caisses de mutualité sociale agricole (MSA) subsiste à l'article L. 725-5 du code rural et de la pêche maritime. Or, si celui-ci dispose également que les pénalités et majorations de retard sont remises à la date du jugement d'ouverture, il ne prévoit pas d'exception dans le cas où elles résulteraient du constat de l'infraction précitée. Aussi, pour garantir la cohérence de la législation, le III abroge ledit article L. 725-5.

- Enfin, pour conforter la participation des directeurs d'organisme du recouvrement à la CCSF, le IV leur octroie la possibilité de donner mandat au président de ladite commission pour la prise, l'inscription, la gestion et la réalisation des sûretés et garanties accordées par les débiteurs. Cette faculté serait introduite pour une durée de trois ans, ce délai courant à compter du 1^{er} janvier prochain.

*

* *

Article 5

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

Cet article réforme la gestion administrative de la couverture de base des artistes-auteurs en transférant au réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), déjà compétent pour le recouvrement des cotisations de ces derniers, les missions actuellement assumées par la sécurité sociale des artistes-auteurs (SSA) en matière d'affiliation et d'action sociale ainsi que la compétence résiduelle qu'elle conserve encore vis-à-vis du recouvrement des cotisations de ses ressortissants. La SSA se verrait confier un nouveau rôle de représentation des artistes-auteurs à l'égard des pouvoirs publics et continuerait par ailleurs de définir les orientations, qui seraient désormais mises en œuvre par l'Urssaf, en matière d'action sociale.

I. LE DROIT EXISTANT : LA GESTION DE LA COUVERTURE DE BASE DES ARTISTES-AUTEURS, RÉFORMÉE EN 2019, CONNAÎT ENCORE DES DYSFONCTIONNEMENTS

• Les artistes-auteurs d'œuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques, graphiques et plastiques, ainsi que, sous certaines réserves, photographiques, sont affiliés au régime général de sécurité sociale et bénéficient des prestations familiales dans les mêmes conditions que les salariés ⁽¹⁾.

Le champ d'application de cette règle a été précisé en 2020 dans un sens le rapprochant de celui des auteurs d'œuvres de l'esprit au sens du code de la propriété intellectuelle, lequel s'articule autour de la notion de droits d'auteur, et la liste professions concernées s'est vue modernisée. À cette occasion, les membres de diverses professions y ont été intégrés, tels les auteurs de logiciels originaux, qui y côtoient désormais les représentants d'autres arts dont la présence au sein de la même liste s'est vue confirmée, à l'instar des auteurs de livres, brochures et autres écrits littéraires ou scientifiques ; des auteurs de composition musicale « avec ou sans paroles » ; ou encore des auteurs d'œuvres chorégraphiques et de « pantomimes » ⁽²⁾. Ainsi, 50 000 artistes-auteurs appartenant à cinquante-six professions artistiques cotisent au principal régime de retraite complémentaire, parmi lesquels une forte proportion de graphistes – 23 % en 2022 – en raison de l'essor récent des activités numériques, tandis que les écrivains, photographes,

(1) Premier alinéa de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale. Le rattachement des artistes-auteurs au régime général pour leur couverture de base résulte de la loi n° 75-1348 du 31 décembre 1975 relative à la sécurité sociale des artistes-auteurs d'œuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques, graphiques et plastiques.

(2) Article R. 382-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de l'article 1er du décret n° 2020-1095 du 28 août 2020 relatif à la nature des activités et des revenus des artistes-auteurs et à la composition du conseil d'administration de tout organisme agréé prévu à l'article R. 382-2 du code de la sécurité sociale.

compositeurs et plasticiens représentent, chacun, 7 à 9 % des cotisants dudit régime, et les autres professions moins de 5 % chacune ⁽¹⁾.

- S'ils sont rattachés au régime général pour leur couverture de base, les artistes-auteurs sont affiliés de surcroît à trois régimes de retraite complémentaire qui tiennent compte de la nature de l'activité artistique.

Le recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse des artistes-auteurs était assuré jusqu'en 2019 par deux associations, ayant reçu l'agrément des ministres chargés de la culture et des affaires sociales, constituées sur la base d'un critère professionnel :

- d'une part, l'Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs (Agressa) était compétente à l'égard des écrivains, des compositeurs, des artistes-auteurs du cinéma et de la télévision ;

- d'autre part, la Maison des artistes (MDA) assurait les mêmes missions au profit des graphistes et des plasticiens.

Lesdites cotisations étaient appelées à la condition que le montant des revenus artistiques déclarés dépasse 900 fois le Smic horaire dans les années, les artistes-auteurs remplissant cette condition étant qualifiés d'« affiliés » quand ceux dont les revenus étaient inférieurs à ce seuil étaient désignés comme des « assujettis » ⁽²⁾. Or, faute d'identifier ces derniers, l'Agressa, contrairement à la Maison des artistes, n'a pas appelé de cotisations vieillesse auprès d'une grande majorité d'entre eux pendant une quarantaine d'années. En 2020, M. Pascal Bois et Mme Constance Le Grip indiquaient que 200 000 artistes avaient été concernés par cette défaillance et concluaient que « *ce régime [avait] gravement dysfonctionné et perdu la confiance de ses assurés* » ⁽³⁾. En conséquence, les deux associations précitées ont été placées sous administration provisoire, conduisant à écarter les artistes-auteurs de la gouvernance de leur couverture de base durant huit années. La Cour des comptes a récemment souligné que « *ces dysfonctionnements [avaient] été signalés à plusieurs reprises aux ministères de tutelle* », sans que des mesures correctives soient prises avant la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ⁽⁴⁾.

Celle-ci a transféré le recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse au réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et

(1) *Cour des comptes*, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss), mai 2025, p. 446.

(2) *Les cotisations étaient payées l'année suivant laquelle au titre de laquelle elles étaient dues, une fois les revenus connus.*

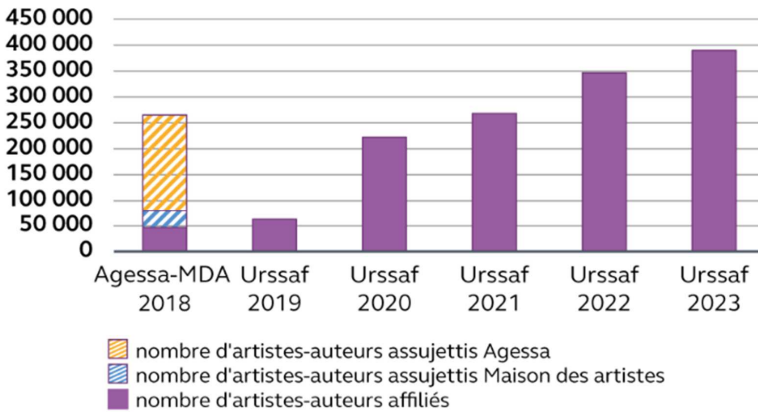
(3) *Note de synthèse publiée à l'issue d'une mission « flash » sur le statut des auteurs, dont les conclusions ont été présentées à la commission des affaires culturelles et de l'éducation de l'Assemblée nationale le 8 juillet 2020. Dans le même document, les rapporteurs relevaient que, « pendant le confinement, les artistes-auteurs [avaient] eu beaucoup de mal à obtenir les indemnités journalières de congé pour garde d'enfant qui leur étaient pourtant théoriquement ouvertes ».*

(4) *Cour des comptes*, Ralfss précité, p. 454.

d'allocations familiales (Urssaf) et prévu que des cotisations provisionnelles seraient appelées dès le premier euro versé, ces versements donnant lieu à régularisation l'année suivante ⁽¹⁾. Le recouvrement de ces cotisations est désormais confié à l'Urssaf du Limousin en application du dernier alinéa de l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale.

Cette réforme a entraîné une augmentation du nombre des affiliés au cours des années suivantes.

**NOMBRE D'ARTISTES-AUTEURS RECENSÉS PAR L'AGESSA, LA MAISON DES ARTISTES
PUIS L'URSSAF DU LIMOUSIN AU 31 DÉCEMBRE**



Source : Cour des comptes, Ralfs, 2025, p. 455, données de l'Agessa, de la Maison des artistes et de l'Urssaf du Limousin.

Concomitamment, les attributions de la Maison des artistes et de l'Agessa qui n'avaient pas transférées à l'Urssaf ont été confiées à une nouvelle structure, issue de l'Agessa, dénommée la sécurité sociale des artistes-auteurs (SSA), association agréée par les ministères susmentionnés. Celle-ci demeure compétente pour prononcer l'affiliation des artistes-auteurs, s'il y a lieu après consultation, à leur initiative ou à celle de l'intéressé, de commissions instituées par branche professionnelle ⁽²⁾. Elle exerce également une action sociale en faveur de ses ressortissants, laquelle consiste en particulier à prendre en charge tout ou partie des cotisations dues par ceux d'entre eux qui connaissent des difficultés économiques en mettant en place une aide à la régularisation de cotisations arriérées ⁽³⁾. Enfin, elle assure une mission générale d'information relative à la protection sociale des artistes-auteurs à l'égard de ces derniers ⁽⁴⁾.

(1) Article 23 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(2) Dernier alinéa de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 382-7 du code de la sécurité sociale.

(4) Cour des comptes, Ralfs, 2025, p. 462.

● La Cour des comptes a mis en évidence les progrès permis par cette nouvelle répartition des compétences, tout en soulignant les limites et en appelant de ses vœux de nouveaux ajustements.

S'agissant des améliorations, les changements les plus notables ont trait à l'amélioration de l'appel des cotisations précomptées par les organismes de gestion collective des droits d'auteur, en raison de la fiabilité des données transmises par l'Urssaf du Limousin, ainsi qu'à la mise en place par celle-ci d'une offre de services jugée satisfaisante par la Cour des comptes ⁽¹⁾.

Les limites de la nouvelle organisation ont quant à elles été dégagées, avec encore plus de netteté que dans le dernier Ralfss, dans un rapport d'observations définitives publié quelques mois avant celui-ci et portant sur le même sujet ⁽²⁾. La Cour y soulignait le caractère inefficace de la répartition des compétences entre l'Urssaf du Limousin et la SSA. Par exemple, l'affiliation des artistes-auteurs par ce dernier n'est en pratique possible, compte tenu des modalités d'information mises en œuvre, qu'après que l'Urssaf a procédé à son immatriculation et au recouvrement de cotisations, alors que l'affiliation des cotisants à bon droit impliquerait l'inverse. Réciproquement, en l'absence de flux d'informations automatisées, ladite Urssaf ne reçoit pas les décisions de rejet d'affiliation prises par la SSA, de sorte que 2,5 % de celles qui ont été prises depuis 2019, concernant 6 000 demandes, n'ont pas été prises en compte dans son référentiel des cotisants ⁽³⁾. Outre les défaillances liées à l'enchevêtrement de ses compétences avec celles de l'Urssaf, la Cour dressait un bilan tout à fait négatif de la gestion administrative de la SSA, faisant état d'une gestion des ressources humaines inadéquate, de règles avantageuses en matière de temps de travail, de locaux trop spacieux et d'une gestion comptable défaillante ⁽⁴⁾.

● Compte tenu du lien visible d'inspiration sinon de causalité qui les relie aux dispositions de l'article 6 du projet de loi commentées ci-après, les conclusions de la Cour des comptes méritent d'être citées. Ainsi le chapitre précité du Ralfss de 2025 se réfère-t-il sur le constat que, « *au regard des défaillances de la SSA, l'organisation de la gestion de la retraite de base des artistes-auteurs doit continuer à évoluer. Les trois missions de la [SSA] devraient être progressivement transférées à l'Urssaf du Limousin, qui est aujourd'hui davantage reconnue comme l'interlocuteur des artistes-auteurs. Cette dernière pourrait, de manière plus efficiente, assurer l'affiliation en plus de l'immatriculation des artistes-auteurs. Elle aurait vocation à gérer l'action sociale de la SSA [...]. Elle assure déjà en partie et avec succès l'information sur les droits sociaux, en relation avec les autres organismes de la sécurité sociale. Des collaborateurs de la [SSA] pourraient être repris par le régime général et mettre à profit leur expertise du secteur des artistes-*

(1) *Cour des comptes, Ralfss, 2025, p. 461.*

(2) *Cour des comptes, La sécurité sociale des artistes-auteurs – exercices 2019 et suivants, S2025-0835, délibéré le 25 janvier 2025.*

(3) *Ibid.*, p. 20.

(4) *Ibid.*, pp. 27-37.

auteurs. [...] Il reviendrait à une instance nationale de représentation des artistes-auteurs, à l'instar du conseil d'administration de la SSA, d'arbitrer les cas les plus complexes en matière d'affiliation et d'action sociale. Cette instance serait l'interlocutrice des ministères de tutelle concernant la protection sociale de base des artistes-auteurs, qui constituent une population relativement isolée. En plus de l'amélioration attendue du service, une telle réorganisation induirait des économies de gestion, notamment en matière de charges locatives et de systèmes d'information. » ⁽¹⁾

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : TRANSFÉRER À L'URSSAF LA PLUS GRANDE PARTIE DES COMPÉTENCES ENCORE EXERCÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES ARTISTES-AUTEURS, QUI CONSERVERAIT UNE FONCTION DE REPRÉSENTATION DE SES RESSORTISSANTS

A. LE TRANSFERT À L'URSSAF DE MISSIONS DE RECOUVREMENT ACTUELLEMENT DÉLÉGUÉES À LA SÉCURITÉ SOCIALE DES ARTISTES-AUTEURS

Conformément aux orientations dessinées par la Cour des comptes, cet article prévoit le transfert de la plus grande partie des missions actuelles de la SSA au réseau des Urssaf, parachevant ainsi le mouvement engagé en 2019.

Le **a** du **1°** du **I** modifie le premier alinéa de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale, relatif à l'affiliation des artistes-auteurs, pour attribuer la responsabilité de celle-ci à l'Urssaf du Limousin. Son **b** supprime la référence aux commissions professionnelles consultées pour prononcer cette affiliation.

Aux termes du **a** du **IV**, le transfert précité interviendrait le 1^{er} avril 2026.

Le **3°** aménage les conditions de régularisation des cotisations dues en cas de franchissement du plafond de la sécurité sociale – la cotisation vieillesse déplafonnée étant prise en charge par l'État.

Le **4°** généralise la dématérialisation des déclarations et des versements de leurs cotisations par les artistes-auteurs (**a**) et opère une coordination rédactionnelle (**b**).

Le **5°** confie à l'Urssaf une mission d'action sociale à l'égard des artistes-auteurs qu'elle exercerait suivant les orientations générales arrêtées par l'association.

Le **II** modifie le **IV** de l'article 23 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018 précitée pour attribuer à l'Urssaf le recouvrement des créances de cotisations et contributions sociales se rapportant à des revenus d'artistes-auteurs antérieurs au 1^{er} janvier 2019, vis-à-vis desquelles la SSA était

(1) Ibid., p. 464.

toujours compétente en raison de l'antériorité de leur fait générateur aux transferts opérés par ladite loi.

Le **III** prévoit le transfert, avant le 31 décembre 2026, à l'Urssaf du Limousin des contrats de travail des salariés de la SSA chargés avant l'entrée en vigueur de cet article des missions dont ce dernier modifie l'attribution.

B. LE MAINTIEN DE LA SSA COMME ORGANE DE REPRÉSENTATION DES ARTISTES-AUTEURS

Le **a** du **2°** du **I** organise la rénovation des missions de la SSA en prévoyant à l'article L. 382-2 du code de la sécurité sociale que l'État agrée une association chargée, pour le compte du régime général :

– de fixer les orientations générales de l'action sanitaire et sociale désormais confiée à l'Urssaf du Limousin ;

– de veiller, « notamment en nommant un médiateur », à la bonne application aux artistes-auteurs des règles relatives à la protection sociale et à la qualité du service rendu.

Il précise également que ladite association soit saisie pour avis de tout projet de mesure législative ou réglementaire lorsque celles-ci portent spécifiquement sur les règles de sécurité sociale des artistes-auteurs. Il prévoit enfin que la composition de son conseil d'administration soit précisée par un décret en Conseil d'État, et qu'il comprendra des représentants des artistes-auteurs affiliés, des diffuseurs, des organismes de gestion collective et de l'État.

Le **b** du **2°** du **I** et le **6°** procèdent au toilettage de tournures héritées de l'époque de la coexistence de deux associations agréées.

*

* *

Article 6

Gel des seuils de revenus pris en compte pour le calcul de la contribution sociale généralisée portant sur certains revenus de remplacement

Cet article maintient à leur niveau de 2025 les seuils d'assujettissement à la contribution sociale généralisée (CSG) applicables aux pensions de retraite et d'invalidité et aux allocations de chômage. Il constitue le pendant, dans le champ des recettes de la sécurité sociale, de « l'année blanche » prévue à l'article 44 concernant les prestations sociales.

I. LE DROIT EXISTANT : LE BARÈME DE LA CONTRIBUTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE ASSISE SUR LES PENSIONS DE RETRAITE ET D'INVALIDITÉ ET LES ALLOCATIONS DE CHÔMAGE ÉVOLUE SUIVANT L'INFLATION

A. LES PENSIONS ET LES ALLOCATIONS DE CHÔMAGE SONT SOUMISES À LA CONTRIBUTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE SUIVANT UN BARÈME PROGRESSIF

1. Des mécanismes d'exonération et de réduction de taux ont été instaurés pour limiter les contributions applicables aux revenus de remplacement les plus faibles

● La CSG a été instituée en 1991 dans le but d'élargir le financement de la sécurité sociale à de nouvelles assiettes, alors que celui-ci pesait jusqu'alors presque exclusivement sur les revenus d'activité ⁽¹⁾. Elle est juridiquement constituée de plusieurs contributions portant sur les différentes catégories de revenus des personnes physiques. La CSG comprend ainsi :

- une contribution portant sur les revenus d'activité et de remplacement ⁽²⁾ ;
- une contribution portant sur les revenus du patrimoine ⁽³⁾ ;
- une contribution portant sur les produits de placement ⁽⁴⁾ ;
- une contribution portant sur les sommes engagées et les produits perçus à l'occasion des jeux ⁽⁵⁾.

(1) En particulier, la part des prélèvements assis sur les revenus d'activité dans le financement du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'élevait à 95 % en 1985, tandis que les revenus de remplacement n'y contribuaient pas. En 2024, les revenus d'activité représentaient 81 % de l'assiette des recettes des régimes de base et les revenus de remplacement 4 %. Cf. annexe 1 au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss) pour 2024, rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – financement, p. 29.

(2) Article L. 136-1 du code de la sécurité sociale. Les personnes assujetties à la CSG et à la CRDS portant sur les revenus d'activité doivent être domiciliées fiscalement en France et affiliées à un régime obligatoire français d'assurance maladie.

(3) Article L. 136-6 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

(5) Article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.

Ces contributions se sont en partie substituées à des cotisations sociales ⁽¹⁾, dont elles reproduisent au demeurant certaines caractéristiques, en particulier leur caractère proportionnel et leur déductibilité, qui n'est que partielle dans le cas de la CSG, à l'assiette de l'impôt sur le revenu.

Dès sa création, le régime juridique de la CSG a toutefois inclus certains éléments de progressivité, conformément à sa nature hybride qui conduit à l'envisager tantôt comme un substitut aux cotisations sociales, tantôt comme un complément à l'impôt sur le revenu dans une approche large de l'imposition des personnes physiques ⁽²⁾.

En effet, l'instauration, à côté d'un mode de financement de la sécurité sociale fondé sur les revenus du travail, d'une contribution nouvelle frappant aussi d'autres assiettes, reposait sur une approche des prélèvements obligatoires considérant les revenus selon leur *montant* plutôt que leur *origine*, comme l'expliquait le Premier ministre Michel Rocard.

Extrait du discours de Michel Rocard au vingtième anniversaire de l'Union nationale des associations de soins et services à domicile, le 5 octobre 1990

« Il n'y a pas d'un côté le revenu des inactifs, intouchable, même quand il est élevé, et de l'autre, le revenu des actifs, taxable à l'infini, même quand il est modeste ou simplement moyen.

« Il y a des revenus, quelle qu'en soit l'origine, qui sont assez élevés pour justifier une contribution limitée. Il y a des revenus, faibles ou moyens, sur lesquels la pression doit être soulagée.

« C'est pourquoi les retraités, dès lors qu'ils sont imposables à l'impôt sur le revenu, paieront, comme tous les autres Français, la contribution sociale généralisée. La solidarité doit reposer sur la participation de tous en fonction des revenus sans distinction d'âge et de statut. »

Source : Archives nationales – répertoire numérique détaillé du sous-fonds « Interventions » de Michel Rocard 680AP (680AP/172-680AP/259).

● À la différence des revenus d'activité qui, moyennant certaines exemptions ⁽³⁾, sont soumis à la CSG au taux de 9,2 % ⁽⁴⁾, une partie des revenus de remplacement y est assujettie selon un barème progressif comprenant plusieurs taux

(1) À titre d'exemple, en 1991, la création de la CSG s'était accompagnée d'une réduction de 1,1 point de cotisations patronales d'allocations familiales. En 2018, l'augmentation du taux de 1,7 points sur la plupart des assiettes a compensé la suppression de 3,15 points de cotisations salariales (cf. infra).

(2) Outre la nature juridique de la CSG (que le Conseil constitutionnel a rattachée à la catégorie des impositions de toutes natures dont ne relèvent pas les cotisations sociales par la décision n° 90-285 du 28 décembre 1990), on peut remarquer que cette contribution est fréquemment envisagée conjointement avec l'impôt sur le revenu pour évaluer la progressivité du système fiscal. Voir notamment le récent rapport du Conseil des prélèvements obligatoires, Conforter l'égalité des citoyens devant l'imposition des revenus, octobre 2024.

(3) Cf. le III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale.

(4) 1° du I de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

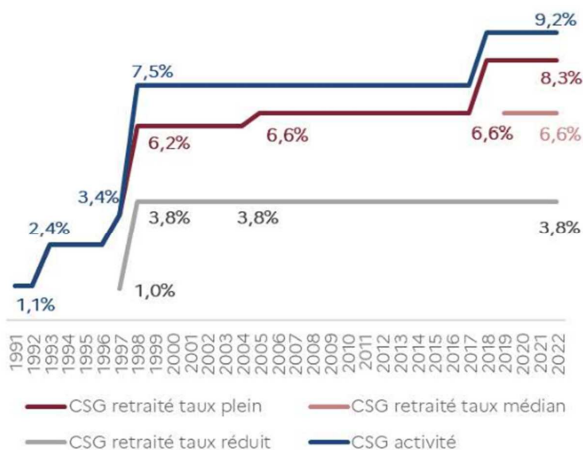
et exonérations d'assiette. Dès l'origine toutefois, les retraités non imposables à l'impôt sur le revenu ont été exonérés de ce prélèvement.

Depuis, la progressivité du barème applicable aux revenus de remplacement s'est graduellement accrue à la faveur de la création de nouveaux seuils, de sorte qu'en l'état du droit l'on distingue quatre niveaux d'assujettissement dans le cas des pensions de retraite et d'invalidité et trois s'agissant des allocations de chômage.

De façon concomitante, alors qu'un même taux frappait initialement les différentes assiettes – hormis l'exonération prévue dans le cas des retraités aux revenus modestes –, le niveau de la contribution applicable respectivement aux revenus d'activité et aux revenus de remplacement a divergé au gré des relèvements successifs de son taux. Dans le cas des pensions de retraite et d'invalidité, les taux en vigueur résultent de l'augmentation de 1,7 point opérée en 2018 en contrepartie de la suppression d'une partie des cotisations salariales ⁽¹⁾ et de la création, l'année suivante, d'un taux intermédiaire de 6,6 % correspondant à l'ancien taux maximal ⁽²⁾.

Le taux maximal applicable aux allocations de chômage n'avait quant à lui pas été relevé en 2018. Il s'élève ainsi à 6,6 %.

ÉVOLUTION DES TAUX DE CSG APPLICABLES AUX PENSIONS DE RETRAITE ET D'INVALIDITÉ ET AUX REVENUS D'ACTIVITÉ



Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, juillet 2022, p. 138.

(1) Article 8 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(2) Article 3 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales.

TAUX DE CSG ET DE CRDS EN FONCTION DE LA NATURE DES REVENUS

Nature des revenus	Taux de CSG	Part de CSG déductible de l'impôt sur le revenu	Taux de CRDS	Assiette (base de calcul)
Revenus d'activité	9,2 %	6,8 %	0,5 %	98,25 % du revenu brut si le montant ne dépasse pas 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) 100 % au-delà
Retraites et invalidité ^(a)	Taux normal : 8,3 %	5,9 %	0,5 %	100 % de la pension
	Taux médian : 6,6 %	4,2 %		
	Taux réduit : 3,8 %	3,8 %		
	Exonération			
Allocations-chômage ^(a)	Taux normal : 6,2 %	3,8 %	0,5 %	98,25 % du revenu brut si le montant ne dépasse pas 4 fois le Pass 100 % au-delà
	Taux réduit : 3,8 %			98,25 % du revenu brut
	Exonération			
	Allocations familiales et aides sociales	Exonération		0,5 %
Indemnités journalières maladie	6,2 %	3,8 %	0,5 %	100 % des indemnités journalières brutes
Revenus du patrimoine et revenus de placement	9,2 %	6,8 % ^(b)	0,5 %	100 % des revenus constitutifs de l'assiette ^(c)
Revenus des jeux de loterie physiques ou en ligne	7,2 %	0 % ^(d)	2,2 %	100 % des produits bruts
Revenus des jeux dans les casinos	11,9 % sur les gains issus des jeux automatiques	0 % ^(d)	3 %	CSG : 68 % du produit brut CRDS : 100 % du produit brut
	13,7 % sur les gains réglés par des bons de paiement manuels			CSG : tous les gains d'un montant supérieur ou égal à 1 500 € CRDS : 100 % du produit brut

Source : commission des affaires sociales.

(a) Le taux applicable dépend du revenu fiscal de référence et du quotient familial (cf. infra) ; (b) la déductibilité de la CSG sur les revenus du patrimoine ne s'applique pas aux personnes ayant opté pour une imposition au prélèvement forfaitaire unique de 30 % ; (c) les plus-values sur certains biens immobiliers font l'objet d'un abattement en fonction de la durée de détention ; (d) les produits des jeux de hasard n'étant pas soumis à l'imposition sur le revenu, la CSG portant sur ces produits n'est pas déductible.

- Le tableau précédent résume les conditions d'assujettissement des revenus des personnes physiques à la CSG et à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), ces deux impositions possédant une assiette largement semblable.

2. Le barème de la contribution sociale généralisée sur les revenus de remplacement, qui tient compte des revenus fiscaux du contribuable, détermine aussi l'assujettissement à d'autres prélèvements

a. Un barème défini au regard du revenu fiscal de référence des contribuables et assorti de mécanismes protecteurs des redevables aux plus faibles revenus

- Conformément aux principes dégagés par le Conseil constitutionnel concernant les impositions progressives, l'assujettissement à chaque niveau de CSG applicable aux revenus de remplacement n'est pas fondé uniquement sur le montant de ces derniers. Il tient compte de l'ensemble des facultés contributives des redevables, appréciées à l'échelle du foyer fiscal.

**La jurisprudence du Conseil constitutionnel
concernant l'instauration d'un barème progressif de CSG**

Dans sa décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000, le Conseil constitutionnel a censuré une disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 qui instaure une réduction dégressive de la CSG sur les revenus d'activité inférieurs à 1,4 fois le salaire minimum. Le Conseil a jugé que, *« s'il est loisible au législateur de modifier l'assiette de la contribution sociale généralisée afin d'alléger la charge pesant sur les contribuables les plus modestes, c'est à la condition de ne pas provoquer de rupture caractérisée de l'égalité entre ces contribuables »* (considérant 39), ce qui implique que soient prises en compte l'ensemble de leurs facultés contributives. Or, le barème prévu ne tenait compte *« ni des revenus du contribuable autres que ceux tirés d'une activité, ni des revenus des autres membres du foyer, ni des personnes à charge au sein de celui-ci »* (ibid.).

Aussi, le taux de CSG applicable à chaque assujetti dépend, d'une part, du revenu fiscal de référence (RFR) de l'avant-dernière année au titre de laquelle la contribution est établie et, d'autre part, du quotient familial. Les seuils du barème prennent donc la forme d'un montant de RFR par part de quotient familial, une majoration étant appliquée pour chaque demi-part.

Des valeurs distinctes s'appliquent en Martinique, en Guadeloupe, à La Réunion, en Guyane et à Mayotte.

Le revenu fiscal de référence

Le revenu fiscal de référence correspond au montant des revenus net, après application éventuelle du quotient prévu en cas de revenus exceptionnels, des revenus et plus-values retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu de l'avant-dernière année.

Ce montant est majoré en tenant compte :

- de certaines charges déductibles du revenu imposable constituant des dépenses d'ordre personnel ;
- de certains revenus et profits exonérés d'impôt sur le revenu ou faisant l'objet d'un report ou d'un sursis d'imposition ;
- certains abattements appliqués pour la détermination du revenu catégoriel ;
- des revenus et profits soumis aux prélèvements ou versements libératoires.

Source : d'après le IV de l'article 1417 du code général des impôts.

En outre, sont exonérés de CSG les titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué sous conditions de ressources ⁽¹⁾, tels que l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) ou l'allocation supplémentaire d'invalidité (Asi).

● Par ailleurs, des dispositifs particuliers de lissage et d'écrêtement réduisent le montant de la contribution :

Dans le cas des pensions de retraite et d'invalidité, le législateur a instauré un mécanisme permettant d'éviter que le franchissement du seuil d'assujettissement au taux normal ou au taux intermédiaire au cours de l'avant-dernière année donne lieu à application desdits taux durant l'année en cours, s'il s'avère que le franchissement est temporaire – ce qui peut notamment se produire si le foyer fiscal a perçu, au cours de cette avant-dernière année, un revenu non récurrent ⁽²⁾. Concrètement, les revenus pris en compte pour l'assujettissement au taux nul ou au taux réduit sont ceux de l'avant-dernière *ou* de l'antépénultième année et non, comme pour les taux supérieurs, ceux de l'avant-dernière année uniquement ⁽³⁾. Un redevable exonéré ou assujetti au taux de 3,8 % ne se voit donc appliquer le taux de 6,6 % ou de 8,3 % au cours de l'année N qu'à la condition que ses revenus au titre des années consécutives N-2 et N-3 dépassent le seuil correspondant à l'un de ces taux. Ce dispositif s'applique aussi aux exonérations de CRDS et de contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) dont bénéficient les personnes exonérées de CSG ou assujetties à cette dernière au taux de 3,8 %.

(1) 1° du I de l'article L. 136-1-2 du code de la sécurité sociale.

(2) Article 14 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(3) Premier alinéa et 2° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

**ILLUSTRATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF D'ATTÉNUATION
POUR UNE PART FISCALE – BARÈME APPLICABLE EN 2025 (DROIT COMMUN)**

RFR de 2022	RFR de 2023	Taux de CSG en 2025
Inférieur à 12 818 €	Inférieur à 12 818 €	<i>Exonération</i>
	Compris entre 12 818 € et 16 755 €	3,8 %
	Compris entre 16 756 € et 26 003 €	3,8 % (<i>lissage</i>)
	Égal ou supérieur à 26 004 €	3,8 % (<i>lissage</i>)
Compris entre 12 818 € et 16 755 €	Inférieur à 12 818 €	<i>Exonération</i>
	Compris entre 12 818 € et 16 755 €	3,8 %
	Compris entre 16 756 € et 26 003 €	3,8 % (<i>lissage</i>)
	Égal ou supérieur à 26 004 €	3,8 % (<i>lissage</i>)
Compris entre 16 756 € et 26 003 €	Inférieur à 12 818 €	<i>Exonération</i>
	Compris entre 12 818 € et 16 755 €	3,8 %
	Compris entre 16 756 € et 26 003 €	6,6 %
	Égal ou supérieur à 26 004 €	8,3 %
Égal ou supérieur à 26 004 €	Inférieur à 12 818 €	<i>Exonération</i>
	Compris entre 12 818 € et 16 755 €	3,8 %
	Compris entre 16 756 € et 26 003 €	6,6 %
	Égal ou supérieur à 26 004 €	8,3 %

Source : commission des affaires sociales d'après le service des retraites de l'État.

Le même mécanisme s'applique aux allocations d'assurance chômage en cas de franchissement du seuil d'assujettissement au taux normal de 6,2 % ⁽¹⁾.

En outre, dans le cas de ces mêmes allocations, un écrêtement est mis en œuvre pour empêcher que l'application de la CSG et de la CRDS ne réduise à un montant inférieur au Smic celui des prestations perçues au titre de ces allocations, des avantages attachés à la cessation d'activité et des aides à la reprise d'activité ⁽²⁾.

b. Un barème qui détermine aussi l'assujettissement à d'autres contributions que la contribution sociale généralisée

● Les seuils d'assujettissement aux différents taux de CSG emportent des conséquences vis-à-vis d'autres prélèvements obligatoires :

– en premier lieu, les titulaires de pensions et d'allocations d'assurance chômage qui sont exonérés de la CSG sur ces revenus le sont aussi de la CRDS ⁽³⁾ ;

(1) Ibid.

(2) Deuxième alinéa du 4° de l'article L. 136-1-2 du code de la sécurité sociale.

(3) En raison du renvoi effectué à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 à l'assiette définie à l'article L. 136-1-2 du code de la sécurité sociale.

– en outre, les pensions exonérées de CSG ou soumises à celle-ci au taux de 3,8 % sont exonérées de la Casa ⁽¹⁾, laquelle est normalement prélevée au taux de 0,3 % ⁽²⁾, ainsi que de la cotisation d’assurance maladie assise sur les avantages de retraite autres que ceux servis par les régimes obligatoires de base.

• Les tableaux suivants récapitulent les taux de prélèvements applicables respectivement aux pensions et aux allocations de chômage, ainsi que les effectifs de contribuables concernés, à partir des données figurant à l’annexe 9 au projet de loi de financement.

TAUX DES PRÉLÈVEMENTS APPLICABLES AUX PENSIONS DE RETRAITE ET D’INVALIDITÉ

Taux	Taux nul	Taux réduit	Taux intermédiaire	Taux normal
CSG	Exonération	3,8 %	6,6 %	8,3 %
CRDS		0,5 %	0,5 %	0,5 %
Casa		Exonération	0,3 %	0,3 %
Cotisation maladie			1 % sur les retraites complémentaires	1 % sur les retraites complémentaires
Part des personnes assujetties	23 %	13 %	31 %	32 %
Effectif en 2023	4,1 millions	2,3 millions	5,4 millions	5,6 millions
Part du montant total des pensions	13 %	10 %	30 %	47 %
Taux cumulé des contributions (retraites de base)	0 %	4,3 %	7,4 %	9,1 %

TAUX DES PRÉLÈVEMENTS APPLICABLES AUX ALLOCATIONS DE CHÔMAGE

Taux	Taux nul	Taux réduit	Taux intermédiaire
CSG	Exonération	3,8 %	6,2 %
CRDS		0,5 %	0,5 %
Smic journalier en 2025 (montant minimal des allocations nettes de la CSG-CRDS)	59,40 euros		
Taux cumulés des contributions (hors écrêtement)	0 %	4,3 %	6,7 %

B. LES SEUILS DE CE BARÈME SONT REVALORISÉS AUTOMATIQUEMENT EN FONCTION DE L’INFLATION

• Les montants de RFR correspondant au seuil d’assujettissement à chaque taux sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année. Ils suivent ainsi l’évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée pour l’avant-dernière année – c’est-à-dire celle au cours de laquelle ont été perçus les revenus

(1) 1^o du II de l’article L. 137-41 du code de la sécurité sociale.

(2) I de l’article L. 137-41 précité.

fiscaux pris en compte pour définir le taux applicable à l'année en cours ⁽¹⁾. Les modalités d'indexation du barème de la CSG diffèrent donc de celles mises en œuvre dans le cas de l'impôt sur le revenu, qui fait l'objet d'une disposition récurrente dans la loi de finances de l'année.

Aussi, les valeurs qui figurent aux III et III *bis* de l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale ne sont pas celles en vigueur en 2025 mais correspondent aux montants applicables en 2019. Les seuils applicables à l'année en cours, définis selon les modalités décrites ci-dessus, sont établis par instruction ministérielle.

- Le tableau suivant présente les seuils applicables en 2025.

SEUILS D'ASSUJETTISSEMENT À LA CONTRIBUTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE SUR LES REVENUS DE REMPLACEMENT APPLICABLES AUX DROITS ATTRIBUÉS À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2025 SUR LA BASE DES REVENUS DE 2022 ET 2023

	Métropole			Guadeloupe Martinique Réunion			Guyane		
	CSG au taux de 3,8 % CROIS au taux de 0,5 %	CSG au taux de 6,6 % CROIS au taux de 0,5 % CASA au taux de 0,3% Cotisation maladie au taux de 1 % **	CSG au taux de 8,3 % CROIS au taux de 0,5 %	CSG au taux de 3,8 % CROIS au taux de 0,5 %	CSG au taux de 6,6 % CROIS au taux de 0,5 % CASA au taux de 0,3% Cotisation maladie au taux de 1 % **	CSG au taux de 8,3 % CROIS au taux de 0,5 %	CSG au taux de 3,8 % CROIS au taux de 0,5 %	CSG au taux de 6,6 % CROIS au taux de 0,5 % CASA au taux de 0,3% Cotisation maladie au taux de 1 % **	CSG au taux de 8,3 % CROIS au taux de 0,5 %
Pensions de retraite et d'invalidité									
Allocations chômage									
		RFR supérieur à	RFR égal ou supérieur à		RFR supérieur à	RFR égal ou supérieur à		RFR supérieur à	RFR égal ou supérieur à
première part de quotient familial	12 017 €	16 755 €	26 004 €	15 164 €	19 331 €	26 004 €	15 056 €	19 200 €	26 004 €
demi-part supplémentaire (métropole)	3 422 €	4 474 €	6 941 €			6 941 €			6 941 €
quant de part supplémentaire (métropole)	1 711 €	2 237 €	3 471 €			3 471 €			3 471 €
première demi-part (GMRG)				3 764 €	4 918 €		3 935 €	5 144 €	
demi-part supplémentaire à compter de la deuxième (GMRG)				3 422 €	4 474 €		3 422 €	4 474 €	
premier quart de part (GMRG)				1 882 €	2 459 €		1 988 €	2 572 €	
quant de part supplémentaire à compter 1,5 part (GMRG)				1 711 €	2 237 €		1 711 €	2 237 €	
1 part fiscale	12 017 €	16 755 €	26 004 €	15 164 €	19 331 €	26 004 €	15 056 €	19 200 €	26 004 €
1,25	14 520 €	18 992 €	29 475 €	17 046 €	20 700 €	29 475 €	17 824 €	21 772 €	29 475 €
1,5	16 239 €	21 229 €	32 945 €	18 928 €	23 249 €	32 945 €	19 791 €	24 344 €	32 945 €
1,75	17 950 €	23 466 €	36 416 €	20 809 €	25 406 €	36 416 €	21 502 €	26 581 €	36 416 €
2	19 661 €	25 703 €	39 886 €	22 350 €	27 723 €	39 886 €	23 213 €	28 818 €	39 886 €
2,25	21 372 €	27 940 €	43 357 €	24 061 €	29 960 €	43 357 €	24 924 €	31 055 €	43 357 €
2,5	23 083 €	30 177 €	46 827 €	25 772 €	32 197 €	46 827 €	26 635 €	33 292 €	46 827 €
2,75	24 794 €	32 414 €	50 298 €	27 483 €	34 434 €	50 298 €	28 346 €	35 529 €	50 298 €
3	26 505 €	34 651 €	53 768 €	29 194 €	36 671 €	53 768 €	30 057 €	37 766 €	53 768 €

^{*}Pour la CSG, la CROIS et la CASA. La cotisation maladie ne fait pas l'objet du dispositif d'atténuation du franchissement du plafond d'assujettissement au taux de 3,8 % et est due sur la seule base du RFR 2023.
^{**} Sur les avantages de retraite autres que ceux servis par les organismes du régime général de sécurité sociale. En cas de modification de la composition du foyer et/ou du lieu de résidence entre N-3 et N-2, il est tenu compte du nombre de parts fiscales de chaque année pour la détermination des seuils applicables. En revanche, seul le lieu de résidence N-2 est pris en compte pour la détermination des seuils applicables en N-2 et N-3.

Source : instruction ministérielle D-24-019252 du 4 décembre 2024.

(1) III ter de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : MAINTENIR EN 2026 À SON NIVEAU DE 2025 LE BARÈME DE LA CONTRIBUTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE APPLICABLE À CES REVENUS EN SUPPRIMANT L'INDEXATION AUTOMATIQUE DE SES SEUILS SUR L'INFLATION

Dans le cadre de « l'année blanche » souhaitée par le Gouvernement, cet article propose d'appliquer en 2026 les seuils de RFR correspondant au barème mis en œuvre en 2025. Sans les modifications décrites ci-après, ces seuils augmenteraient selon l'inflation hors tabac constatée en 2024, c'est-à-dire de 1,8 % ⁽¹⁾.

A. L'ARTICLE INSCRIT DANS LA LOI LES SEUILS APPLICABLES EN 2025

● Sur le plan légistique, le gel du barème consiste à remplacer les montants de RFR qui figurent au III et au III *bis* de l'article L. 136-1 précité par les valeurs applicables en 2025 en application du mécanisme de réévaluation annuelle de celles-ci, qui figurent dans le tableau *supra*.

Aussi, le 1° et le 2° du I modifient en ce sens respectivement le 1° et le 2° du III de l'article L. 136-1, qui concernent les seuils minimum et maximum entraînant l'application du taux réduit de 3,8 %. Son 3° et son 4° font de même s'agissant du 1° et du 2° du III *bis* du même article L. 136-8, qui définissent les bornes inférieure et supérieure de l'intervalle d'assujettissement au taux intermédiaire de 6,6 %.

SEUILS DE REVENU FISCAL DE RÉFÉRENCE RÉSULTANT DE L'ARTICLE 6 DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

	Droit commun	Majoration applicable en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion	Majoration applicable en Guadeloupe et à Mayotte
3,8 % (III de l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale) <i>En-deçà de ces montants : exonération</i>	Première part de QF : 12 817 € Demi-part supplémentaire : 3 422 euros	Première part de QF : 15 164 € Première demi-part supplémentaire : 3 764 € Demi-parts suivantes : 3 422 €	Première part de QF : 15 856 # Première demi-part supplémentaire : 3 935 € Demi-parts suivantes : 3 422 €
6,6 % (III bis de l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale)	Première part de QF : 16 755 € Demi-part supplémentaire : 4 474 €	Première part de QF : 18 331 € Première demi-part supplémentaire : 4 918 € Demi-parts suivantes : 4 474 €	Première part de QF : 19 200 € Première demi-part supplémentaire : 5 144 € Demi-parts suivantes : 4 474 €
8,3 %	Première part de QF : 22 580 € Demi-part supplémentaire : 6 028 €		

(1) Annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 26.

- Le **II** prévoit que ces seuils s'appliquent aux contributions dues au titre des revenus versés à compter du 1^{er} janvier 2026.

B. LA SUPPRESSION ENVISAGÉE DU MÉCANISME D'INDEXATION AUTOMATIQUE LAISSE OUVERTE LA QUESTION DES MODALITÉS DE REVALORISATION DES TAUX À PARTIR DE 2027

Le 5^o du **I** supprime le **III ter** de l'article L. 136-1 précité, aux termes duquel les seuils d'assujettissement sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année conformément à l'inflation constatée pour l'avant-dernière année.

Ce choix de rédaction – corollaire de l'inscription au **III** et au **III bis** des montants correspondant aux seuils de RFR applicables en 2025 – impliquerait que le barème ne soit pas revalorisé automatiquement le 1^{er} janvier 2027. Deux options s'offriraient alors au législateur qui pourrait ou bien rétablir le dispositif d'indexation automatique dans la prochaine loi de financement de la sécurité sociale, ou bien modifier chaque année les seuils utilisés pour définir le taux applicable l'année suivante, à l'instar de la solution mise en œuvre dans le cas de l'impôt sur le revenu.

C. UN GEL AUX EFFETS TEMPÉRÉS, DANS LE CAS DES REVENUS LES PLUS FAIBLES, PAR LE DISPOSITIF D'ATTÉNUATION APPLICABLE EN CAS DE FRANCHISSEMENT DES SEUILS ET PAR L'EXONÉRATION PRÉVUE POUR LES TITULAIRES D'AVANTAGES NON CONTRIBUTIFS

- Comme le souligne le Gouvernement dans la fiche d'évaluation préalable de l'article, l'effet de la mesure sera limité, dans le cas des personnes jusqu'à présent exonérées de CSG ou assujetties au taux réduit, par le mécanisme d'atténuation applicable en cas de franchissement des seuils d'assujettissement aux deux taux les plus élevés du barème.

À titre illustratif, un retraité dont le RFR pour la première part de quotient familial s'élevait à 16 700 euros en 2023 puis à 17 000 euros en 2024 resterait assujetti en 2026 au taux qui lui était déjà applicable en 2025 – soit 3,8 % – alors même que ses revenus de 2024 seraient compris dans l'intervalle d'assujettissement au taux de 6,6 %. En ce cas précis, l'absence d'indexation du seuil d'assujettissement à ce taux – qui atteindrait 17 058 euros sans changement de législation ⁽¹⁾ – serait donc sans effet sur le taux applicable en 2026.

Par ailleurs, il convient de rappeler que les titulaires d'un avantage non contributif servi par l'assurance vieillesse et les bénéficiaires de l'Aspa seraient également préservés des effets de cette mesure en raison de l'exonération dont ils bénéficient.

(1) Soit le seuil applicable en 2025 (16 756 euros) multiplié par 1,018, ce qui correspond à une inflation de 1,8 %.

● Au total, le Gouvernement estime que la mesure de gel proposée, par rapport à une situation dans laquelle le barème serait revalorisé, ferait passer environ 1 % des foyers fiscaux de l'exonération au taux réduit ; environ 1 % des foyers du taux réduit au taux intermédiaire ; et environ 1 % des foyers du taux intermédiaire au taux normal ⁽¹⁾. Les recettes supplémentaires liées à la mesure atteindraient 0,3 milliard d'euros et ne concerneraient que l'année 2026 dans l'hypothèse où le barème serait effectivement réindexé à compter de l'année suivante.

*
* *

Article 7 **Créer une contribution des organismes complémentaires au titre de l'année 2026**

Cet article, l'un des cinq à être modifiés par la lettre rectificative, prévoit, pour le seul exercice à venir, une participation fiscale des organismes d'assurance maladie complémentaire sur leurs cotisations (sauf celles complétant les arrêts de travail des affiliés aux deux régimes agricoles et au titre de souscriptions collectives d'entreprises). Son taux serait de 2,25 % et son produit serait affecté à la branche maladie pour 2,05 points et à la branche vieillesse pour 0,2 point.

Il s'agit d'abord de répondre à la hausse de ces dernières constatées en 2025 alors que le relèvement du ticket modérateur sur les actes et consultations médicaux et les médicaments qui sous-tendait le précédent projet de loi de financement de la sécurité sociale au moment de son dépôt puis de son examen en première lecture n'a pas été mis en œuvre.

Le but est aussi de compenser le coût de la suspension de la réforme des retraites de 2023 qu'opère l'article 45 *bis* inséré par lettre rectificative, toujours pour 2026.

Le rendement de la contribution pour la branche maladie équivaldrait à la croissance des primes – ou du gain budgétaire un temps envisagé –, soit 1,02 milliard d'euros. Celui pour la branche vieillesse serait de 99,5 millions d'euros.

I. LE DROIT EXISTANT

Reprenant le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, le premier alinéa de l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale indique que « *toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé [...]* ».

Dans une étude parue quelques semaines avant le présent rapport, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) ⁽²⁾

(1) Annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 26.

(2) Drees, Les dépenses de santé en 2024, septembre 2025.

rappelle que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) était financée, en 2024 :

– pour 78,7 % par l’assurance maladie obligatoire (AMO), laquelle forme l’essentiel de la branche maladie, maternité, invalidité et décès des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) ;

– pour 12,8 % par l’assurance maladie complémentaire (AMC), servie par des mutuelles, des compagnies d’assurance et des institutions de prévoyance ;

– pour 7,8 % par les ménages, ce qui fait de la France le pays européen dans lequel le reste à charge est le plus modéré ;

– pour 0,7 % par l’État, à raison de l’aide médicale d’État (AME) et des frais du service de santé des armées (SSA) ⁽¹⁾.

PRISE EN CHARGE DE LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX PAR FINANCEUR EN 2024

(en milliards d’euros ; en pourcentage)

	AMO	AMC	Ménages	État	Total
Soins hospitaliers	112,1	4,6	2,7	1,3	120,8
Soins de médecins et sages-femmes	16,5	4,0	2,1	0,1	22,7
Soins dentaires	4,7	6,4	2,0	0,0	13,2
Soins des auxiliaires médicaux	14,9	2,3	3,7	0,1	21,0
Soins en centre de santé	2,3	1,1	0,4	0,0	3,8
Laboratoires, transports et cures	14,0	2,1	0,9	0,1	17,0
Médicaments en ambulatoire	26,2	3,8	4,3	0,2	34,5
Dispositifs médicaux	9,7	8,2	3,8	0,0	21,7
Ensemble					
Valeur	200,5	32,5	20,0	1,8	254,8
Volume	78,7 %	12,8 %	7,8 %	0,7 %	100,0 %

Source : commission des affaires sociales d’après la Drees.

(1) Une analyse des crédits de l’État concernés figurera dans l’annexe n° 40 (mission Santé) et l’annexe n° 12 (mission Défense) au tome III du rapport de M. Philippe Juvin, rapporteur général, sur le projet de loi de finances pour 2026, mais ces documents sont indisponibles au jour de la publication du présent rapport.

La CSBM et la DCSI :

deux mesures des dépenses de santé distinctes des charges de la branche maladie

Sans définition en droit, par exemple dans la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (Lolfss), la CSBM est un agrégat économique comprenant les soins hospitaliers (y compris les honoraires des médecins libéraux dans les établissements privés, ceux des externes dans les établissements publics et les dépenses liées aux produits inscrits sur la liste en sus) pour environ 47 %, les soins ambulatoires (en cabinet libéral, en centre de santé, en dispensaire, ainsi que dans les laboratoires de biologie et d'imagerie ou pour les transports sanitaires) pour 31 % et les biens médicaux servis en ville pour 22 %.

En 2024, la CSBM s'élevait à 254,8 milliards d'euros, en hausse de 4,8 %, pour représenter 8,7 % du produit intérieur brut (PIB) ou une moyenne de 3 723 euros par habitant.

Il est possible d'ajouter à la CSBM les soins de longue durée, la prévention et la gestion des structures concernées, auquel cas l'on obtient une autre valeur statistique, toujours sans portée budgétaire mais permettant des comparaisons avec les membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : la dépense courante de santé au sens international (DCSI). Cette dernière atteignait 333 milliards d'euros en 2024, avec une progression de 3,6 % et un poids de 11,4 % du PIB.

Source : commission des affaires sociales d'après la Drees.

A. UN PARTAGE DES REMBOURSEMENTS DES FRAIS DE SANTÉ ENTRE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE DE PLUS EN PLUS DÉFORMÉ AUX DÉPENS DE LA PREMIÈRE, MALGRÉ UNE HAUSSE DES COTISATIONS DE LA SECONDE

La tendance des primes des contrats des organismes complémentaires n'est pas parfaitement en ligne avec la hausse respective de leur participation à la prise en charge des soins de santé et de celle de l'assurance maladie obligatoire. S'il peut être lourd pour certains d'entre eux, le reste à charge des ménages pris dans leur ensemble a fortement reculé : il était encore de 9,5 % en 2014, contre 7,8 % en 2024.

1. Une augmentation des dépenses à la charge des régimes de base

La part de la CSBM remboursée par la branche maladie des Robss, qui était encore de 76 % de 2012 à 2014, a crû pour atteindre 77,3 % en 2020 et donc 78,7 % en 2024 ; un mouvement inverse s'observe concernant les complémentaires, avec un taux passé de 13,6 % en 2012 à 13,4 % en 2019 puis 12,8 % en 2024.

Cela tient :

– à des évolutions normatives trop nombreuses pour être rappelées dans le présent commentaire ;

– à une évolution comptable imputant le financement de la complémentaire santé solidaire (CS2) intégralement à la sécurité sociale depuis 2021 alors que l’État partageait cette responsabilité pour la part complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-C) et l’aide à l’acquisition d’une complémentaire (ACS) ;

– au vieillissement de la population et, ce qui est en partie lié, à la hausse du nombre de personnes connaissant une affection de longue durée (ALD) (*cf. infra* le commentaire des articles 19 et 29) ;

– au dynamisme du prix des soins hospitaliers et des médicaments, éléments pour lesquels la couverture par l’AMO est plus large.

2. Une progression des cotisations des complémentaires imparfaitement justifiée en 2025

En dépit de la tendance qui vient d’être décrite, les cotisations exigées par les complémentaires sont chaque année plus importantes, de l’ordre de 3,1 % en 2021 puis de 2,9 % en 2022 et de 6 % en 2023 (année où la hausse était de 9,2 % pour les assurances, contre 3,6 % pour les mutuelles et 6 % pour les structures de prévoyance) et enfin de 7 % en 2024.

Autour de 81 % des cotisations ont été reversées aux assurés sous forme de prestations en 2022, d’après la Drees, le reste couvrant les frais des entreprises.

S’agissant de 2025, les organismes complémentaires ont annoncé, au début du second semestre de 2024, un relèvement des primes d’environ 6 %, motivé par la hausse de 30 % à 40 % du taux du ticket modérateur ⁽¹⁾ pour les consultations chez les médecins généralistes et les sages-femmes que le Gouvernement avait annoncé et intégré à l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (Ondam) figurant dans la version initiale du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 mais à laquelle il avait ensuite renoncé.

Le précédent rapporteur général avait d’ailleurs noté qu’une telle évolution aurait été « défavorable au pouvoir d’achat de nos compatriotes, soit que leur tarif d’assurance, de mutuelle ou de prévoyance soit alourdi, tant les organismes complémentaires ne peuvent que répercuter ce transfert puisqu’ils ont des exigences prudentielles à respecter, soit qu’ils ne disposent pas de couverture complémentaire et doivent renoncer à des soins ou dégrader la qualité des produits de santé qu’ils achètent pour équilibrer leur budget » ⁽²⁾.

Il faut donc, pour le rapporteur général actuel, préciser que ces augmentations ont été décidées par les complémentaires avant la présentation du PLFSS pour 2025, donc de l’Ondam de départ qui comprenait la modification parmi ses sous-jacents.

(1) I de l’article L. 160-13 et 3° de l’article L. 160-5 du code de la sécurité sociale.

(2) Tome 2 du rapport n° 487 de M. Yannick Neuder, rapporteur général, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, enregistré à la présidence de l’Assemblée nationale le 25 octobre 2024.

B. LA FISCALITÉ SUR L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Outre à ceux de droit commun – impôt sur les sociétés pour les bénéfices des entreprises concernées, taxe foncière pour leurs locaux, cotisations sociales pour leur personnel, etc. –, les contrats d'assurance maladie complémentaire font l'objet de deux prélèvements spécifiques.

1. La taxe de solidarité additionnelle

Aux termes du I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾, est perçue une taxe de solidarité additionnelle (TSA) aux cotisations d'assurance maladie complémentaire versées pour les résidents, à l'exclusion des réassurances. Naturellement, si ses redevables sont les entreprises, ce sont bien les souscripteurs des contrats qui en assument l'effort financier réel.

Son assiette est constituée des sommes, avec leurs accessoires ⁽²⁾, stipulées pour l'année aux clients des mutuelles, assurances et institutions de prévoyance, sous trois exceptions prévues par son même I et son dernier alinéa du II *bis* :

– la participation financière qu'acquittent les assurés pour bénéficier de la complémentaire santé solidaire (C2S) si leurs ressources et celles de leur foyer sont comprises entre 1 et 1,35 fois le plafond d'éligibilité ⁽³⁾ ;

– les cotisations liées aux garanties pour le versement de compléments aux indemnités journalières (IJ) servies par les Robss aux assurés dans l'incapacité de continuer ou reprendre leur travail ⁽⁴⁾ lorsqu'elles relèvent :

* soit des assurances de groupe et opérations collectives souscrites pour les salariés d'une même entreprise ou par une organisation représentative d'une profession non salariée ou d'agents des collectivités publiques ⁽⁵⁾ ;

* soit des contrats au profit des personnes exerçant une profession agricole ⁽⁶⁾, ainsi que de leurs salariés et des membres de leur famille.

Les II et II *bis* du même article prévoient respectivement :

– un taux normal de 13,27 % ;

(1) Créé par l'article 27 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

(2) La circulaire n° DSS/2015/380 du 28 décembre 2015 mentionne notamment les pénalités de résiliation.

(3) 2° de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. Aux termes du premier alinéa de l'article D. 861-1 du même code et de l'arrêté du 28 mars 2025, le plafond pour une personne seule est de 10 339 euros par an (soit 13 957 euros pour sa multiplication par 1,35).

(4) Article. L 321-1 du code de la sécurité sociale (une erreur de renvoi fait que, dans l'article L. 862-4 du même code, est mentionné son 5° alors que la disposition visée n'a qu'un alinéa).

(5) Dérogation à l'article 991 du code général des impôts par le 1° de l'article 998 du même code.

(6) Articles L. 722-4 et L. 722-9, 1° de l'article L. 722-10, L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime.

– et des taux dérogatoires compris entre 6,27 % et 20,27 % selon la forme juridique des contrats et la nature des garanties qu’ils comportent.

Ces taux ont connu un accroissement et une diversification significative en un peu plus de vingt ans, ainsi que l’illustre le tableau ci-après.

**ÉVOLUTION DES TAUX DE LA TAXE DE SOLIDARITÉ ADDITIONNELLE DEPUIS 2002
SELON LE TYPE DE CONTRAT**

	(en pourcentage)				
	1999-2005	2006-2008	2009-2010	2011-2015	2016-2025
Responsables et solidaires ⁽¹⁾ (II)	1,75 %	2,50 %	5,90 %	6,27 %	13,27 %
Non responsables et solidaires (II)					20,27 %
Souscription par l'employeur (1° du II <i>bis</i>)					6,27 %
Resp. et solidaires – assurés agricoles (2° du II <i>bis</i>)					20,27 %
Non resp. et solidaires – assurés agricoles (2° du II <i>bis</i>)					
Contrats « au 1 ^{er} euro » ⁽²⁾ (3° du II <i>bis</i>)	s. o.				14,00 %
Compléments aux II / resp. et solidaires (4° du II <i>bis</i>)					7,00 %
Compléments aux II / non resp. et solidaires (4° du II <i>bis</i>)					14,00 %

Source : commission des affaires sociales d’après l’article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et la Drees.

La TSA est liquidée chaque trimestre auprès de l’union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d’allocations familiales (Urssaf) d’Île-de-France ⁽³⁾.

D’après le rapport de juin 2025 à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), le produit de la TSA devrait passer de 5,7 milliards d’euros en 2023 à 6,2 milliards d’euros en 2024 puis 6,6 milliards d’euros en 2025.

Enfin, le 8° de l’article L. 131-8 du code de la sécurité sociale organise un circuit pour l’affectation du produit de la TSA que la révision de la loi organique relative aux lois de finances (Lolf) ⁽⁴⁾ a complexifié :

(1) Les contrats complémentaires responsables encouragent le suivi du parcours de soins coordonnés et ne prennent pas en charge une partie des franchises et participations forfaitaires pour modérer la consommation des assurés ; les contrats complémentaires solidaires ne fixent pas les cotisations en fonction de l’état de santé des souscripteurs et ne recueillent aucune information médicale de leur part.

(2) Les travailleurs transfrontaliers et expatriés ne sont généralement pas couverts par l’assurance maladie de base ; aussi les contrats privés les remboursent-ils au premier euro (mais pas forcément à 100 %).

(3) Article 1er de l’arrêté du 4 mars 2011 portant désignation d’une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d’allocations familiales unique pour le recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d’assurances.

(4) Dans sa rédaction issue du 2° du I de l’article 3 de la loi organique n° 2021-1836 du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques, le second alinéa du II de l’article 2 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances dispose que « les impositions de toutes natures ne peuvent [...] être affectées à un tiers [à l’État] [...] et leur affectation ne peut être maintenue que si ce tiers est doté de la personnalité morale et si ces impositions sont en lien avec [ses] missions de service public ». Quoique cette disposition ne soit entrée en vigueur qu’au dépôt du projet de loi de finances pour 2025, des ajustements ont été anticipés par le c du 1° du I de l’article 16 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

– pour sa part perçue au titre du II *bis* de l’article L. 862-4, précité, au fonds de financement de la C2S ⁽¹⁾ ;

– pour celle perçue au titre du I du même article, à la Caisse nationale de l’assurance maladie (Cnam), avec un fléchage pour :

* la couverture de l’écart entre les charges et les produits (hors la fraction susmentionnée du rendement de la TSA) du fonds de financement de la C2S ;

* le fonds pour l’allocation supplémentaire d’invalidité (ASI) ⁽²⁾ ;

* les charges de la branche maladie du régime général, à hauteur du solde résultant des deux affectations précédentes.

2. La contribution pour les forfaits de patientèle des médecins traitants

Suivant l’article 15.4.1. de la convention du 25 août 2016 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l’assurance maladie ⁽³⁾, les médecins traitants bénéficient depuis 2015 d’une rémunération supplémentaire, indexée sur l’effectif, l’âge, le profil pathologique et le niveau de vie de leur patientèle.

Ce forfait (FPMT) est financé par l’assurance maladie obligatoire comme complémentaire et l’article L 862-4-1 du code de la sécurité sociale ⁽⁴⁾ prévoit que la participation de cette seconde s’intègre au financement plus large des rémunérations mentionnées au 13° de l’article L. 162-5 du même code ⁽⁵⁾, c’est-à-dire les « *modes [...] autres que le paiement à l’acte, des activités de soins ainsi que [...] des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d’éducation pour la santé, de formation, d’évaluation, d’études de santé publique, de veille sanitaire* ».

La contribution des complémentaires partage son assiette et ses modalités de recouvrement avec la TSA. Elle a un seul taux de 0,8 %, qui n’a jamais varié, et son produit est affecté à la Cnam, pour un montant qui, d’après le rapport à la CCSS de juin 2025, atteignait 337 millions d’euros en 2023, puis 385 millions d’euros en 2024 et serait globalement stable en 2025.

(1) Article L. 862-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 815-26 du code de la sécurité sociale.

(3) Approuvée par un arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l’assurance maladie signée le 25 août 2016.

(4) Créé par l’article 17 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, dont le IV prévoit de manière surabondante que « [son] dispositif est prorogé annuellement, sauf disposition législative expresse prenant acte d’un nouveau dispositif conventionnel ».

(5) Les 12° et 13° ont été créés par le III de l’article 22 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

L'**article 7** du projet de loi de financement institue une imposition ponctuelle dont les paramètres sont déterminés au **I (alinéas 1 à 6)** présents dès le dépôt initial du projet de loi de financement, sous réserve de la modification du taux à l'alinéa 3) et les modalités d'affectation au **II (alinéas 7 à 9)** ajoutés par la lettre rectificative aux fins de contribuer financement du coût en 2026, de la suspension de la réforme visant à relever l'âge d'ouverture des droits à la retraite et à accélérer le calendrier de hausse du nombre de trimestres cotisés requis pour une pension à taux plein).

A. LES DISPOSITIONS FIGURANT DANS LE PROJET DE LOI INITIAL

À l'aune du projet de loi de financement dans sa version initialement déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale, cette mesure avait pour justification à la fois la nécessité de replacer les comptes de la sécurité sociale sur une trajectoire plus soutenable, de prendre en considération la progression de la prise en charge des frais de santé plus forte par l'AMO que par l'AMC et, en tout cas selon le Gouvernement, de compenser la part de la hausse des cotisations de cette dernière qui en 2025 devait tenir à une hausse du ticket modérateur qui n'a pas eu lieu. Aussi un taux de 2,05 % et une affectation à la branche maladie étaient-ils prévus.

Sans que ces principes aient été remis en cause par la lettre rectificative :

– il est créé, au titre du seul exercice 2026, donc sans codification, une contribution assise – comme la TSA et la taxe pour le FPMT – sur les sommes stipulées en 2026 par les mutuelles, assurances et institutions de prévoyance à raison des contrats sur le risque maladie (**alinéa 1**) ;

– les exceptions susmentionnées à l'assiette – participation sous condition de ressources pour la C2S et cotisations pour les majorations d'indemnités journalières des clients agricoles ou relevant d'un contrat collectif – sont conservées (**alinéa 2**), de même que les modalités de recouvrement (**alinéa 4**) et des précisions techniques comme la pénalité pour non-déclaration (**alinéa 5**) ;

– est prévue une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2026 (**alinéa 6**), qui paraît surabondante : soit la loi de financement est adoptée suivant le calendrier prévu par l'article 47-1 de la Constitution, auquel cas il s'agit de la date normale d'application de ses dispositions ; soit tel n'est pas le cas au regard des circonstances et il s'agira d'adapter cette date dans les dernières étapes de la navette.

Dans le projet de loi de départ, le taux était fixé à 2,05 % (**alinéa 3**).

Au regard de l'évolution de la base de la TSA et de la participation au FPMT sur plusieurs exercices clos, extrapolée, et de la tendance des cotisations d'AMC pour ceux en cours et à venir, le Gouvernement projetait ainsi pour cette contribution ponctuelle un **rendement de 1,12 milliard d'euros**.

Le rapporteur général fait trois observations :

– la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat ayant souligné le « *caractère incertain des répercussions d'allègements fiscaux sur les tarifs des complémentaires santé* », il n'est pas exclu qu'en sens inverse la taxation ponctuelle, au motif de répondre à une hausse passée des cotisations, en provoque une nouvelle, la marge des entreprises étant préservée *via* une dépense supplémentaire des ménages. **Le rapporteur général alerte avec force sur sa crainte que la taxe exigée par le Gouvernement ne se traduise par une hausse des tarifs qui serait imposée aux complémentaires.**

– le risque politique d'une absence d'adoption du PLFSS pour 2026 avant la fin du mois de décembre 2025 mis à part, la loi organique permettait tout à fait de prévoir une contribution rétroactive pour 2025 ;

– la méthode retenue par l'exécutif n'est pas nouvelle, car une contribution ponctuelle avait déjà été mise à la charge des organismes complémentaires face aux pandémies causées par la forme H1N1 ⁽¹⁾ de la grippe (taux de 0,34 % et rendement de 0,1 milliard d'euros) ⁽²⁾ et du covid-19 (taux de 2,6 % et rendement de 1 milliard d'euros puis taux de 1,3 % et rendement de 0,5 milliard d'euros) ⁽³⁾ ;

En additionnant le taux moyen pondéré de TSA, celui de la participation au FPMT et celui de la ponctuelle pour 2026, la fiscalité spécifique sur les contrats complémentaires aurait représenté 16,12 % des cotisations (hors IJ) – sans compter la lettre rectificative –, ce qui est déjà très important : le rapporteur général souligne que le niveau actuel de la fiscalité sur ces assiettes est plus élevé que dans d'autres pays d'Europe et même que leur équivalent n'existe pas en Allemagne.

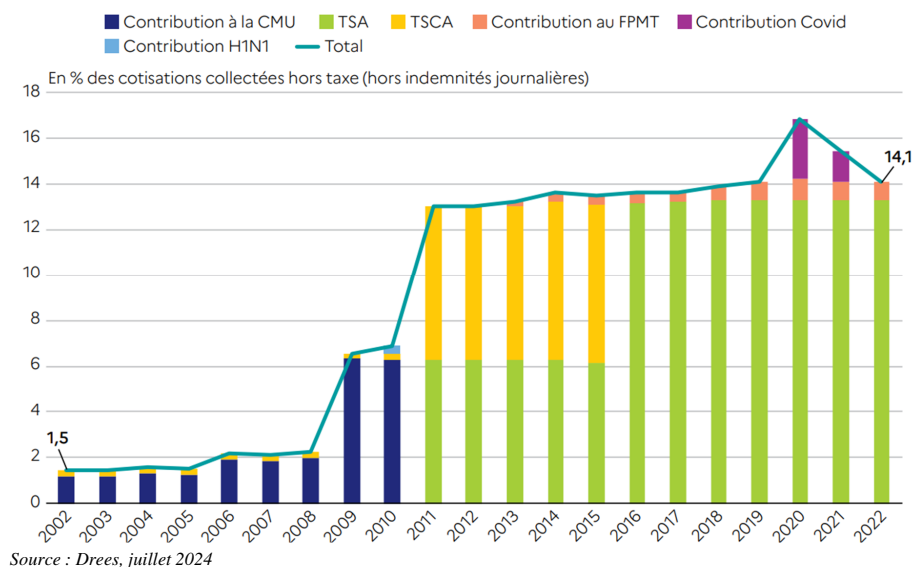
(1) Le variant se caractérise par la présence de deux antigènes (l'hémagglutinine et la neuraminidase) de type 1 sur l'agent infectieux alphainfluenzavirus.

(2) Article 10 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

(3) Article 3 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

ÉVOLUTION DES PRÉLÈVEMENTS SPÉCIFIQUES SUR LES CONTRATS D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE DE 2002 À 2022

(en pourcentage)



B. LES DISPOSITIONS RÉSULTANT DE LA LETTRE RECTIFICATIVE

Attendu que le Premier ministre a choisi de faire figurer la suspension de la réforme des retraites de 2023 – en réalité, seulement de ses éléments vertueux, parce que ses dispositions coûteuses comme le relèvement de la pension minimale, la prise en compte de certains trimestres des parents au foyer, la création de nouveaux cas de départ anticipé pour les carrières longues, les revalorisations pour les pensionnés de la Mutualité sociale agricole ou la moindre récupération de l'allocation de solidarité aux personnes âgées lors de la succession sont conservées ⁽¹⁾ – dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale grâce à la transmission à l'Assemblée nationale d'une lettre rectificative (*cf. infra* le commentaire de l'**article 45 bis**) mais, à tout le moins pour le premier exercice concerné, de neutraliser ce coût par une hausse des recettes, l'**article 7** a été modifié par la même lettre aux fins de rehausser de 0,2 point le taux de la contribution, donc de le porter à 2,25 %, et d'attribuer le surplus de son rendement à la branche vieillesse.

Désormais, son taux serait de 2,25 % (**alinéa 3**), ce qui marque un surcroît de 0,2 point entre la version initiale du projet de loi de financement et celle modifiée par la lettre rectificative.

Le produit de la contribution aurait deux affectataires, au lieu seulement du premier comme le texte initial l'envisageait (**alinéa 7**) :

(1) Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

– la branche maladie, mentionnée au 1° de l’article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, pour sa part correspondant à 2,05 points, soit le 1,02 milliard d’euros envisagés dans le texte présenté dans un premier temps, ce qui, avant même tout avis en opportunité, est cohérent avec l’effet susmentionné de l’anticipation en 2025 de la hausse du ticket modérateur ;

– la branche vieillesse, mentionnée au 3° du même article L. 200-2, pour sa part représentative de 0,2 point, soit 99,5 millions d’euros.

Pour le rapporteur général, la suspension de la réforme des retraites a des motivations politiques qu’il commentera ailleurs, mais il aurait été plus lisible vis-à-vis d’assumer que cela est une charge et qu’il n’y a pas d’argent magique, donc d’accepter, ce qui est certes malheureux, une dégradation du solde des régimes.

Le Premier ministre a pris la décision de financer le coût de cette concession, pour 2026 en majorant encore une fois les impôts et pour 2027 en prévoyant une sous-indexation des pensions plus forte encore (*cf. infra* le commentaire de l’**article 45 bis**). Plusieurs options ont été étudiées, qu’il n’appartient pas au rapporteur général de révéler, et celle qui a été retenue dans l’immédiat fera donc politiquement « porter le chapeau » aux assurances, mutuelles et institutions de prévoyance, mais économiquement pèsera sur les assurés.

*

* *

Article 8

Réduction des niches sociales applicables à certains compléments salariaux

Cet article réforme le régime dérogatoire dont font l'objet certains accessoires du salaire exclus de l'assiette des cotisations sociales et, pour certains d'entre eux, de celle de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS). Il propose de soumettre au forfait social au taux de 8 % les aides directes consenties aux salariés par leur employeur ou par le comité social et économique (CSE) de leur entreprise, sans toutefois assujettir ces compléments de rémunération à la CSG et à la CRDS. Par ailleurs, il augmente le taux de la contribution patronale portant sur les indemnités de rupture conventionnelle et de mise à la retraite, en le portant de 30 % à 40 %, tout en intégrant ce prélèvement spécifique au forfait social, dont le régime juridique est du même coup remanié.

I. LE DROIT EXISTANT : CERTAINS ACCESSOIRES DU SALAIRE CONÇUS POUR FAVORISER LE DIALOGUE SOCIAL ET LE PARTAGE DE LA VALEUR AU SEIN DES ENTREPRISES FONT L'OBJET DE RÉGIMES SOCIAUX DÉROGATOIRES SOUS LA FORME D'EXEMPTIONS D'ASSIETTE

A. LES EXEMPTIONS D'ASSIETTE DE COTISATIONS SOCIALES SE SONT DÉVELOPPÉES AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES, ENTRAÎNANT DES PERTES DE RECETTES CROISSANTES POUR LES FINANCES SOCIALES TOUT EN SE SUBSTITUANT EN PARTIE AU SALAIRE DE BASE

1. Les exemptions d'assiette concernent principalement des éléments de rémunération distincts du salaire de base

L'ensemble des sommes ainsi que des avantages et des accessoires en nature ou en argent qui y sont associés, perçus en contrepartie ou à l'occasion d'un travail, d'une activité ou de l'exercice d'un mandat ou d'une fonction électorale sont en principe assujettis aux contributions sociales ⁽¹⁾ – de même que, par renvoi à l'assiette de celles-ci, aux cotisations sociales ⁽²⁾.

Par dérogation à cette règle générale, certains accessoires de la rémunération sont exclus de l'assiette des cotisations, une partie d'entre eux n'étant pas non plus soumis aux contributions sociales. Les revenus d'activité qui ne sont

(1) Cf. le 1 de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, qui définit l'assiette de la CSG applicable aux revenus d'activité et le 1 de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, qui détermine celle de la contribution au remboursement de la dette sociale portant sur ces mêmes revenus.

(2) Le 1 de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale prévoit que, sous réserve des dérogations prévues au même article, les cotisations sociales sont assises sur les mêmes revenus que la CSG prélevée sur les revenus d'activité.

pas assujettis aux cotisations sociales sont également exemptés des autres prélèvements portant sur la même assiette.

Principales différences entre les exemptions d'assiette et les exonérations de cotisations sociales

Contrairement aux exonérations de cotisations sociales, les exemptions d'assiette minorent le montant pris en compte dans le calcul des droits contributifs des assurés sociaux et par conséquent aussi celui des prestations en espèces perçues par ces derniers – telles que les pensions de retraite et d'invalidité.

En outre, alors que la plus grande partie des exonérations de cotisations sociales donnent lieu à une compensation de leur coût – soit au moyen de crédits budgétaires, soit par l'affectation de recettes fiscales –, les exemptions d'assiette ne sont en pratique pas compensées à la sécurité sociale car la plupart d'entre elles ont été instituées avant que l'obligation de compensation prévue par la loi dite « Veil » ait été étendue aux réductions d'assiette. Certaines sommes exemptées de cotisations et de contributions sociales sont toutefois soumises à des prélèvements spécifiques qui limitent les pertes de recettes liées à ces régimes dérogatoires (cf. *infra*).

En 2008, à l'issue d'une mission d'information sur les exonérations de cotisations sociales, M. Yves Bur caractérisait ainsi la fonction des exemptions d'assiette :

« Leur but consiste, selon les cas, en une distinction ou une incitation. Une distinction par rapport aux rémunérations de droit commun [...]. En particulier, la loi prévoit parfois expressément l'interdiction de substitution au salaire d'un avantage exempté de cotisations. Sont également exemptées de cotisations les sommes présentées comme la contrepartie d'un préjudice [...]. La visée incitatrice consiste à encourager les employeurs – le plus souvent – à proposer à leurs salariés tel ou tel dispositif d'épargne salariale, d'épargne retraite ou de prévoyance complémentaire, qui sans cet avantage comparatif ne connaîtraient pas le même développement. » ⁽¹⁾

La majorité des exonérations de cotisations sociales a davantage partie liée avec le soutien à l'activité économique par la réduction du coût du travail – il en va notamment ainsi des allègements généraux de cotisations patronales et des exonérations spécifiques instituées à leur imitation.

(1) Rapport n° 1001 déposé par la mission d'information commune sur les exonérations de cotisations sociales et présenté par M. Yves Bur, XIII^e législature, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 25 juin 2008.

Dans les documents annexés aux projets de loi de financement de la sécurité et aux projets de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale ⁽¹⁾, le Gouvernement distingue habituellement quatre catégories d'exemptions d'assiette définies par la nature et la finalité des sommes et des avantages qui les constituent :

– les « *dispositifs de participation financière* » ou « *d'actionnariat salarié* », tels que les primes versées au titre de l'intéressement et de la participation, les abondements des plans d'épargne en entreprise (PEE), la prime de partage de la valeur, les attributions gratuites d'actions (AGA) ou les stock-options ;

(1) Cf. en particulier l'annexe 2 du Placss 2024, pp. 30-31.

– les « *accessoires de salaires qui prennent en général la forme de chèques ou de titres de paiement destinés au financement de besoins fléchés* », également désignés comme des aides directes aux salariés, notamment sous la forme des titres-restaurant, des chèques-vacances, de l'aide au financement de services au domicile des salariés au moyen du chèque emploi-service universel (Cesu) préfinancé, ou encore de la prise en charge d'activités culturelles et sociales par le comité social et économique (CSE) ;

– le « *financement de la protection sociale complémentaire collective et obligatoire* » par la prise en charge de garanties de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire, l'abondement de plans d'épargne pour la retraite collectifs (Perco) et de plans d'épargne pour la retraite d'entreprise collectifs (Pereco) ou la mise en œuvre de retraites à prestations définies (dites « *retraites chapeau* ») ;

– les « *indemnités versées dans certains cas de rupture du contrat de travail* », qui regroupent les indemnités de rupture conventionnelle et de mise à la retraite ou encore les allocations de pré-retraites d'entreprise.

Le tableau suivant indique, pour chaque mesure d'exemption, le montant des sommes exclues de l'assiette des cotisations sociales ainsi qu'une évaluation des pertes de recettes correspondantes. Cette estimation distingue le coût brut de ces mesures – c'est-à-dire le montant de cotisations qui serait perçu si l'on appliquait à ces assiettes le taux apparent de celles-ci – de leur coût net, lequel tient compte de la réduction du taux effectif de cotisation résultant des allègements généraux. Elle tient aussi compte du produit des taxes compensatoires prélevées sur les sommes exclues de l'assiette des cotisations sociales ⁽¹⁾.

COÛT DES EXEMPTIONS D'ASSIETTE

(en milliards d'euros)

En Mds	Contribution		2022			2023 (p)			2024 (p)		
	CSG/CRDS	FS C-sept	Assiette exemptée	Cotisations équivalentes		Assiette exemptée	Cotisations équivalentes		Assiette exemptée	Cotisations équivalentes	
				Brutes	Nettes		Brutes	Nettes			
MESURES D'EXEMPTION D'ASSIETTE											
I. Participation financière et actionariat salarié											
			26,6	4,8	3,4	29,1	5,2	3,7	30,7	5,6	3,9
Participation aux résultats de l'entreprise	x	x	9,8	1,5	0,8	10,7	1,6	0,9	11,4	1,7	1,0
Intéressement	x	x	10,7	2,0	1,4	11,6	2,2	1,5	12,3	2,4	1,6
Plan d'épargne en entreprises (PEE)	x	x	1,9	0,5	0,4	2,0	0,5	0,4	2,2	0,6	0,5
Stock options et attributions gratuites d'actions		x	4,2	0,8	0,7	4,7	0,8	0,8	4,9	0,9	0,8
II. Protection sociale complémentaire en entreprise											
			24,3	6,8	4,9	25,9	7,2	5,3	26,8	7,5	5,5
Santé et Prévoyance complémentaire	x	x	21,1	6,3	4,6	22,6	6,8	4,9	23,4	7,0	5,1
Retraite supplémentaire (y compris retraites chapeaux)	x	x	2,4	0,3	0,2	2,5	0,3	0,3	2,5	0,3	0,3
Plan d'épargne pour la retraite collectif (Perco) et PER d'entreprise collectif (PERE-CO)	x	x	0,8	0,1	0,1	0,8	0,2	0,1	0,9	0,2	0,1
III. Aides directes consenties aux salariés											
			10,4	4,7	3,7	11,1	5,0	4,0	11,4	5,2	4,1
Titres restaurant			4,8	2,1	1,7	5,2	2,3	1,9	5,3	2,4	1,9
Chèques vacances			1,1	0,5	0,4	1,1	0,5	0,4	1,1	0,5	0,4
Avantages accordés par les comités d'entreprises			4,4	2,0	1,6	4,6	2,1	1,6	4,7	2,1	1,7
CESU préfinancé			0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
IV. Indemnités de rupture											
			4,8	1,6	1,2	4,5	1,4	1,1	4,8	1,4	1,1
Indemnités de licenciement			2,4	1,0	0,9	2,3	1,0	0,9	2,5	1,1	0,9
Indemnités de mise à la retraite		x	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Indemnités de rupture conventionnelle		x	2,3	0,6	0,4	2,1	0,5	0,3	2,2	0,3	0,1
TOTAL EXEMPTIONS D'ASSIETTE			66,1	17,8	13,3	70,6	18,9	14,1	73,7	19,6	14,6

Source : annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss) pour 2024, p. 36.

(1) Pour une présentation de la méthode d'estimation du coût des exemptions d'assiette, cf. annexe 2 du Placss 2024, p. 31.

2. Des taxes compensatoires ont été instituées pour limiter les pertes de recettes liées à ces exemptions

a. La mise en place de prélèvements compensatoires

● La plupart des compléments de salaire exemptés de cotisations sociales sont soumis à des prélèvements spécifiques destinés à limiter l'incidence de ces régimes dérogatoires sur les recettes de la sécurité sociale – une partie d'entre eux étant également assujettis à la CSG et à la CRDS. Seules la plupart des aides directes aux salariés et les indemnités de licenciement ne sont soumises à aucune de ces taxes compensatoires, ni aux contributions sociales de droit commun (*cf. infra* s'agissant des aides directes).

Certaines assiettes exemptées se voient appliquer une contribution *ad hoc*. Tel est notamment le cas des attributions de stock-options et d'actions gratuites, qui sont soumises à des contributions spécifiques patronales et salariales ⁽¹⁾, ainsi que des indemnités de rupture conventionnelle et de mise à la retraite d'office, sur lesquelles est prélevée une contribution à la charge de l'employeur (*cf. infra*) ⁽²⁾.

● La plus grande partie des compléments de salaire – que l'on considère le montant des assiettes exemptées ou le nombre des dispositifs – est soumise à un même prélèvement, dénommé forfait social, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ⁽³⁾.

Après que des rapports de l'Assemblée nationale et de la Cour des comptes ont mis en évidence le mitage de l'assiette des prélèvements sociaux ⁽⁴⁾, le législateur a institué cette contribution portant sur les revenus d'activité ayant en commun d'être exemptés de cotisations sociales tout en étant soumis à la CSG et à la CRDS. Par dérogation, certains compléments de salaire soumis à ces contributions sont toutefois exonérés de forfait social ⁽⁵⁾.

Le produit de cette contribution, affecté à la branche vieillesse du régime général ⁽⁶⁾, a fortement crû depuis sa création sous l'effet de l'augmentation de son taux et du dynamisme de son assiette. Il est ainsi passé de 0,3 milliard d'euros en 2009 à 5,2 milliards d'euros en 2016, avant d'atteindre 6,3 milliards d'euros en 2024 ⁽⁷⁾.

(1) Dans le cas des actions gratuites et des stock-options, *cf.* l'article L. 137-13 (pour la contribution patronale) et l'article L. 137-14 (pour la contribution salariale) du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 137-12 du code de la sécurité sociale.

(3) Article 13 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

(4) Rapport n° 1001 déposé en application de l'article 145 du Règlement par la mission d'information commune sur les exonérations de cotisations sociales et présenté par M. Yves Bur, XIII^e législature, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 25 juin 2008. Le rapporteur préconisait notamment d'instaurer « une contribution annuelle de solidarité, non créatrice de droits, sur les versements et gains connexes au salaire, au titre de l'épargne salariale ». *Cf. également, Cour des comptes, « L'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général » in Rapport sur la sécurité sociale, septembre 2007, pp. 137-166.*

(5) Article L. 137-15 du code de la sécurité sociale.

(6) Article L. 137-17 du code de la sécurité sociale.

(7) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2025, p. 161.

Le forfait social a d'abord été prélevé au taux de 2 %, avant que celui-ci ne soit porté à 4 % en 2010 ⁽¹⁾, à 6 % en 2011 ⁽²⁾ et à 8 % en 2012 ⁽³⁾, pour finalement atteindre son niveau actuel de 20 % la même année – cette dernière augmentation s'accompagnant toutefois de la création d'un premier taux réduit de 8 % ⁽⁴⁾.

Le taux maximal du forfait social demeure très inférieur à la somme des taux apparents des cotisations et des contributions à la charge des employeurs (environ 47 %) et des salariés (de l'ordre de 11 % en deçà du plafond de la sécurité sociale ⁽⁵⁾) ainsi que, pour la plupart des rémunérations, au taux effectif de cotisations résultant de l'application des allègements généraux, ce qui est conforme à la vocation incitatrice de ce régime dérogatoire.

Des exonérations et réductions de taux ciblées sur certaines assiettes ont de surcroît été mises en œuvre pour favoriser le recours à différents dispositifs de partage de la valeur au sein des entreprises ⁽⁶⁾ :

– le taux du forfait social applicable aux sommes versées par l'employeur dans un plan d'épargne retraite au titre de la participation et de l'intéressement a été réduit de 20 % à 16 %, le bénéfice de ce taux étant conditionné à l'allocation d'une partie de cette épargne dans des petites et moyennes entreprises (PME) et des entreprises de taille intermédiaire (ETI) ⁽⁷⁾ ;

– concomitamment, un taux de 10 % a été instauré pour favoriser les abondements de l'employeur au titre de l'intéressement des salariés ⁽⁸⁾ ;

– une exonération totale a ensuite été introduite pour les sommes versées au titre de la participation dans les entreprises de moins de cinquante salariés et pour celles qui le sont dans le cadre des dispositifs d'intéressement mis en œuvre dans les entreprises de moins de 250 salariés ⁽⁹⁾. La prime de partage de la valeur (PPV) fait aussi l'objet d'une exonération totale de forfait social dans ces entreprises ⁽¹⁰⁾.

Le tableau suivant présente les taux de forfait social applicables à chaque catégorie de revenu d'activité.

(1) Article 16 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

(2) Article 16 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

(3) Article 12 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

(4) Article 33 de la loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012.

(5) 11,31 % de cotisations salariales d'assurance vieillesse de base et complémentaire.

(6) Le barème du forfait social applicable aux différents types de revenus est défini à l'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale.

(7) Article 149 de la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques.

(8) Ibid.

(9) Article 16 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(10) Le deuxième alinéa du V de l'article 1er de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat aligne le régime applicable à la PPV sur celui de l'intéressement pour ce qui concerne l'assujettissement au forfait social.

TAUX DE FORFAIT SOCIAL APPLICABLE AUX REVENUS D'ACTIVITÉ EXCLUS DE L'ASSIETTE DES COTISATIONS SOCIALES MAIS SOUMIS À LA CSG-CRDS

Taux de forfait social	Type de revenu d'activité
0 %	- Intéressement dans les entreprises de moins de 250 salariés - Participation dans les entreprises de moins de 50 salariés - Abondement de l'employeur sur les plans d'épargne salariales dans les entreprises de moins de 50 salariés - Indemnités de licenciement, de départ à la retraite ou de départ volontaire dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi - Contribution employeur au financement des prestations complémentaires de prévoyance dans les entreprises de moins de 11 salariés - Abondements de l'employeur complétant les versements volontaires des salariés sur des plans d'épargne salariale
8 %	- Contribution employeur au financement des prestations complémentaires de prévoyance dans les entreprises d'au moins 11 salariés - Participation dans les sociétés coopératives et participatives employant au moins 50 salariés
10 %	- Abondement de l'employeur visant l'acquisition de titres de l'entreprise - Versements unilatéraux de l'employeur destinés à l'acquisition de titres de l'entreprise
16 %	- Sommes affectées à un Perco + pour les entreprises de plus de 50 salariés
20 %	- Intéressement dans les entreprises d'au moins 250 salariés - Participation dans les entreprises d'au moins 50 salariés - Contributions des employeurs sur des plans d'épargne salariale (PEE, PEL, Perco) dans les entreprises de plus de 50 salariés - Contributions des employeurs aux régimes de retraite supplémentaire (article 83, PEROb...) - Prise en charge par l'employeur de la part salariale des cotisations de retraite complémentaire - Jetons de présence et sommes perçues au titre de l'exercice de leur mandat par les administrateurs des conseils de surveillance des sociétés anonymes - Prime de partage de la valeur (PPV) dans les entreprises de plus de 250 salariés

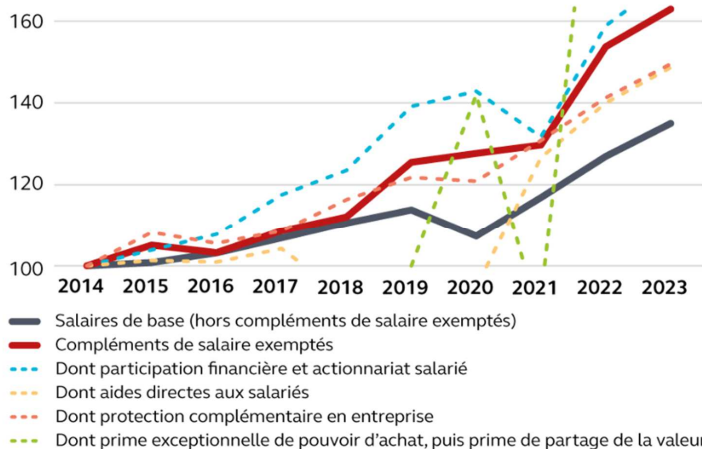
Source : annexe 2 du Placss 2024, p. 37.

b. Le débat concernant de possibles effets de substitution de certaines assiettes exemptées à des augmentations du salaire de base

● En 2024, la Cour des comptes a consacré l'un des chapitres de son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss) aux régimes sociaux dérogatoires applicables aux compléments de salaire, ce qui l'a conduite à formuler plusieurs constats.

En premier lieu, la comparaison de l'évolution des versements effectués par les entreprises du secteur privé respectivement au titre des salaires de base et des compléments exemptés de cotisations sociales montre que les seconds ont crû en moyenne plus rapidement que les premiers, au moins depuis 2018. Cela peut signifier que le recours à des dispositifs de partage de la valeur a parfois été préféré à des augmentations de salaire pérenne, entraînant un effet de substitution.

ÉVOLUTION RELATIVE DES VERSEMENTS DE SALAIRES DE BASE ET DE COMPLÉMENTS DE SALAIRE EXEMPTÉS DANS LE SECTEUR PRIVÉ



Source : Cour des comptes, Ralfss, mai 2024, p. 168.

L'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) a ainsi estimé qu'une part significative quoique minoritaire – évaluée en première analyse à environ 30 % – du montant des primes de partage de la valeur distribuées en 2022 aurait vraisemblablement été versée par les employeurs sous une forme différente si ce dispositif n'avait pas été instauré ⁽¹⁾. Dans le cas de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat (Pepa), à laquelle la PPV a succédé, l'Insee évaluait l'effet de substitution entre 15 % et 40 % ⁽²⁾.

D'après une note du Conseil d'analyse économique (CAE), l'ampleur de cette possible substitution au salaire de base varierait entre les dispositifs de partage de la valeur, leur évaluation ne mettant pas toujours en évidence d'effet de cet ordre. À titre d'exemple, la mise en œuvre d'un dispositif de participation obligatoire au cours des années 1990 a entraîné une hausse de la part des revenus des entreprises perçus par leurs salariés sans aucun effet sur la part des salaires dans la valeur ajoutée, ce qui suggère l'absence de substitution entre ces deux modes de rémunération ⁽³⁾. L'écart entre les résultats observés pourrait tenir au caractère facultatif ou obligatoire du recours à ces dispositifs : dans le premier cas, les entreprises ont plus de latitude pour définir le calendrier d'adoption et les conditions de mise en œuvre d'un mécanisme de partage de la valeur ⁽⁴⁾.

(1) Insee, « Prime de partage de la valeur : des versements massifs fin 2022, avec de potentiels effets d'aubaine », in Note de conjoncture « La croissance résiste, l'inflation aussi », mars 2023.

(2) Insee, « Prime exceptionnelle de pouvoir d'achat en 2019 : entre hausse des salaires et effet d'aubaine pour les entreprises », Insee Références, juillet 2020.

(3) CAE, « Que faut-il attendre des mécanismes de partage de la valeur ? », n° 79, juillet 2023, pp. 6-7.

(4) Ibid., p. 9.

c. L'évolution récente des pertes de recettes liées à ces exemptions

Sous l'effet combiné du dynamisme de ces assiettes et des réductions de taux précitées, le rapport entre le produit des taxes compensatoires et le montant des compléments de salaire exemptés s'est réduit au cours des dernières années.

ÉVOLUTION DU PRODUIT DES TAXES COMPENSATOIRES ASSISES SUR LES COMPLÉMENTS DE SALAIRE EXEMPTÉS



Source : Ibid., p. 166.

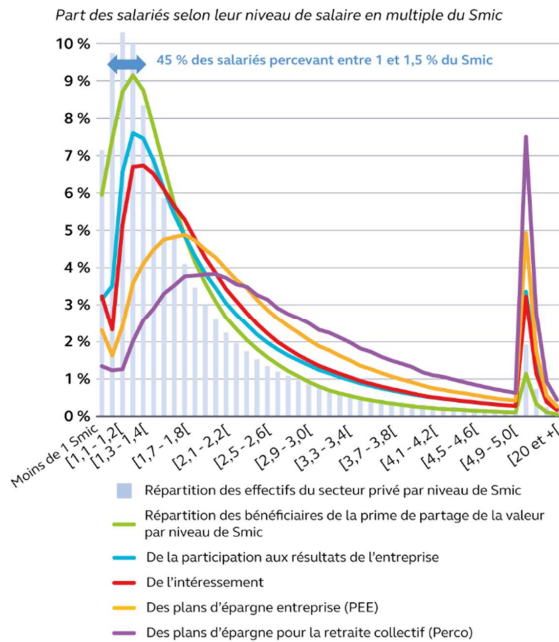
Cette évolution a pu être favorisée par le fait que les pertes de recettes liées à la mise en œuvre de la PPV n'ont pas été compensées à la sécurité sociale ⁽¹⁾.

d. Le recours à ces compléments diffère selon la taille de l'entreprise et le niveau de rémunération des salariés

La Cour des comptes a également rappelé – comme l'avait déjà fait le CAE dans sa note précitée – que le bénéfice des différents dispositifs de partage de la valeur varie selon le niveau de rémunération des salariés et la taille de leur entreprise.

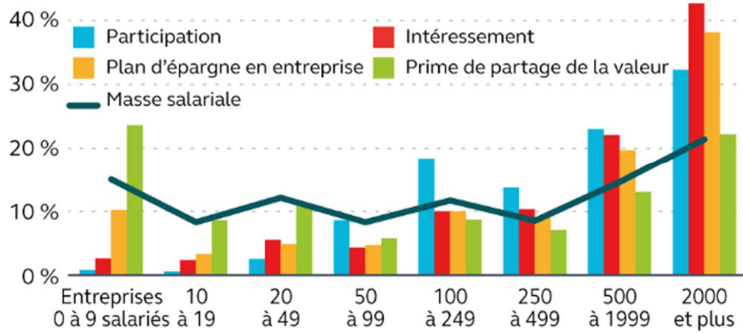
(1) Bien que le IX de l'article 1er de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat ait prévu que le coût résultant de la mise en œuvre de la PPV soit pris en charge par l'État, aucune compensation n'a été mise en œuvre, le Gouvernement ayant estimé que ce coût était nul. Suivant son raisonnement (critiqué par la Cour des comptes dans le rapport précité), l'exemption d'assiette dont fait l'objet cette prime porte sur un nouveau dispositif et non sur des revenus antérieurement compris dans l'assiette des cotisations sociales. Par ailleurs, l'on ne peut présumer que le versement de cette prime se substitue à des augmentations du salaire de base, de sorte qu'aucune perte de recettes de cotisations assises sur celui-ci ne peut être caractérisée.

RÉPARTITION DES SALARIÉS BÉNÉFICIAIRE DES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS DE PARTICIPATION PAR NIVEAU DE SALAIRE, EN 2022



Source : Ibid., p. 173.

PART DE LA MASSE SALARIALE ET DES VERSEMENTS DE PARTICIPATION FINANCIÈRE SELON LA TAILLE DES ENTREPRISES, EN 2022



Source : Ibid., p. 174.

3. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a infléchi la dynamique de réduction des prélèvements sur les compléments de salaire exemptés

- Devant le dynamisme de certaines exemptions d'assiette, le législateur a voulu, à l'occasion de la dernière loi de financement de la sécurité sociale, limiter les pertes de recettes liées à certains dispositifs.

En premier lieu, dans le cadre de la réforme des allègements généraux de cotisations patronales, les sommes versées au titre de la prime de partage de la valeur ont été intégrées à la rémunération prise en compte dans le calcul de la réduction générale, diminuant ainsi, à salaire brut inchangé, le montant de l'exonération auquel donne droit chaque salarié ayant bénéficié du versement de cette prime ⁽¹⁾.

Par ailleurs, à la suite de l'adoption d'un amendement en première lecture au Sénat, le taux de la contribution patronale sur les attributions gratuites d'actions a été porté de 20 % à 30 %, comme la Cour des comptes l'avait d'ailleurs préconisé dans le chapitre précité du Ralffs de 2024 ⁽²⁾.

- En revanche, contrairement à ce que prévoyait la rédaction initiale du projet de loi, les sommes déduites de l'assiette des cotisations sociales en application de la déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnels n'ont finalement pas été intégrées à la base de calcul des allègements généraux ⁽³⁾.

B. DANS CET ENSEMBLE, LES AIDES DIRECTES AUX SALARIÉS FONT L'OBJET D'UN RÉGIME PARTICULIÈREMENT FAVORABLE

- Les aides directes aux salariés font partie des exemptions d'assiette les plus anciennes, instaurées pour favoriser le dialogue social au sein des entreprises. Sous cette rubrique se rangent un ensemble d'aides accordées par l'employeur ou par le comité social et économique (CSE) qui n'ont pas le caractère de rémunération. Elles se distinguent des autres assiettes exemptées dans la mesure où elles ne sont soumises ni à la CSG et à la CRDS, ni à l'une des taxes compensatoires précitées ⁽⁴⁾.

Diverses aides accordées par l'employeur ou par le CSE font l'objet d'un régime particulier précisé par la loi (1 à 4 du présent B), quand d'autres relèvent de la catégorie juridique générale, dégagée par la doctrine administrative, des aides accordées par les CSE et les structures assimilées au titre de leurs attributions en matière d'activités sociales et culturelles (5 du présent B).

(1) Article 18 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(2) Article 19 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 précitée.

(3) En raison de la suppression, lors de l'examen en première lecture au Sénat, de la disposition de l'article 6 dudit projet de loi qui opérait cette modification.

(4) À l'exception de la contribution de l'employeur à l'acquisition de chèques-vacances qui, dans les entreprises de moins de cinquante salariés, est assujettie à la CSG et à la CRDS mais n'est pas soumise au forfait social.

1. L'aide de l'employeur ou du CSE à l'acquisition de Cesu préfinancés, ou « Cesu-RH »

L'employeur ou le CSE peuvent verser une aide financière aux agents ou aux salariés pour favoriser l'acquisition par ces derniers de **chèques emploi-service universels (Cesu) préfinancés**. La contribution de l'employeur à la prise en charge des dépenses engagées par leurs salariés au titre de services rendus au domicile de ces derniers est un moyen de favoriser l'articulation entre leurs vies personnelle et professionnelle tout en contribuant à résorber le travail dissimulé dans ce secteur.

Cet avantage est exempté de contributions et de cotisations sociales ⁽¹⁾, dans la limite d'un montant défini par voie réglementaire et revalorisé chaque année en fonction de l'inflation ⁽²⁾. Ce plafond s'élève en 2025 à 2 540 euros par an et par bénéficiaire ⁽³⁾.

Le bénéfice de cette mesure a été étendu au chef d'entreprise ou, si l'entreprise est une personne morale, à son président, son directeur général, son ou ses directeurs généraux délégués, ses gérants ou des membres de son directoire, dès lors que l'aide financière leur est versée aux mêmes fins et qu'elle peut bénéficier à l'ensemble des salariés de l'entreprise selon les mêmes règles d'attribution ⁽⁴⁾.

Un million de salariés et d'agents publics ont bénéficié de ce dispositif en 2024 ⁽⁵⁾. Le montant de l'assiette exemptée atteindrait 0,2 milliard d'euros en 2026 ⁽⁶⁾. Le coût de cette exemption n'est pas compensé à la sécurité sociale en vertu d'une dérogation expresse à la règle issue de la loi dite « Veil » ⁽⁷⁾.

2. La contribution de l'employeur à l'acquisition de titres-restaurant

● Le titre-restaurant a été institutionnalisé par une ordonnance de 1967 ⁽⁸⁾. Il visait initialement à assurer la restauration des salariés des entreprises ne disposant pas d'un local prévu à cet effet, l'employeur prenant à sa charge une partie du prix de leurs repas.

Les sommes consacrées par l'employeur à l'acquisition de titres-restaurant sont exonérées de cotisations et de contributions sociales dans la limite

(1) Cf. le premier alinéa de l'article L. 7233-4 du code du travail en ce qui concerne les cotisations sociales et le c du 4° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale s'agissant de la CSG. L'entreprise bénéficie également d'un crédit d'impôt sur les sociétés à hauteur de 25 % de la valeur des aides versées, dans la limite de 500 000 euros par an.

(2) Article D. 7233-8 du code du travail.

(3) Arrêté du 26 décembre 2024 fixant le montant maximum de l'aide financière du comité social et économique et celle de l'entreprise versées en faveur des salariés prévues à l'article L. 7233-4 du code du travail pour 2025.

(4) Article L. 7233-5 du code du travail.

(5) Annexe II du Placss 2024, p. 311.

(6) Annexe IV du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 37.

(7) Dernier alinéa de l'article L. 7233-4 du code du travail.

(8) Ordonnance n° 67-830 du 27 septembre 1967 relative à l'aménagement des conditions du travail en ce qui concerne le régime des conventions collectives, le travail des jeunes et les titres-restaurant.

de 7,26 euros par titre, sous réserve que le montant de ce dernier soit compris dans un intervalle défini par arrêté – soit, en 2025, entre 12,10 euros et 14,52 euros. Cet avantage est également exonéré d'impôt sur le revenu dans les mêmes conditions ⁽¹⁾.

● L'usage du titre-restaurant excède aujourd'hui sa vocation initiale : la liste des produits ouvrant droit à un règlement par ce moyen inclut désormais la plupart des achats alimentaires ⁽²⁾, et ses conditions d'utilisation ont été assouplies pour tenir compte des restrictions aux rassemblements mises en œuvre durant la pandémie de covid-19 ⁽³⁾, puis pour soutenir le pouvoir d'achat des salariés lors du récent choc d'inflation ⁽⁴⁾.

Aussi le montant total des titres-restaurant attribués a-t-il crû davantage que la masse salariale soumise à cotisations – celle-ci ayant augmenté de 3 % en moyenne chaque année depuis 2000, quand celui-là augmentait de 5,1 %. Le Gouvernement y voit l'indice d'une substitution d'une partie de ces titres aux salaires de base ⁽⁵⁾. L'assiette exemptée atteindrait 5,6 milliards d'euros en 2026 ⁽⁶⁾.

3. Le régime social des chèques-vacances varie en fonction de la taille de l'entreprise

● Créé en 1982 ⁽⁷⁾, le chèque-vacances est un titre nominatif permettant le paiement de dépenses effectuées sur le territoire national par les bénéficiaires pour leurs vacances, pour les transports, leur hébergement, leurs repas ou leurs activités de loisirs, ainsi que pour le paiement de dépenses effectuées sur le territoire des

(1) a du 4° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale et 19° de l'article 81 du code général des impôts.

(2) La Commission nationale des titres-restaurant (CNTR) a admis que des commerçants non-restaurants puissent être réglés au moyen de ceux-ci, avant que le législateur et le pouvoir réglementaire ne prévoient expressément cet usage pour l'achat de fruits et légumes (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) ou de produits laitiers (décret n° 2010-1460 du 30 novembre 2010 relatif aux conditions d'utilisation du titre-restaurant).

(3) À titre temporaire, le plafond d'utilisation des titres-restaurant a notamment été relevé de 19 euros à 38 euros par jour ; leur usage a également été permis les dimanches et les jours fériés, à rebours de la vocation normale de ce moyen de paiement qui impliquerait qu'il soit réservé aux dépenses effectuées les jours ouvrés ; la période d'utilisation des titres-restaurant émis pour l'année civile 2020 a été prolongée jusqu'au 31 août 2021. Cf. décret n° 2020-706 du 10 juin 2020 portant dérogation temporaire aux conditions d'utilisation des titres-restaurant dans les restaurants, hôtels-restaurants et débits de boissons assimilés afin de faire face aux conséquences des mesures prises pour limiter l'épidémie de covid-19. Le plafond d'utilisation de ces titres a été ramené à 25 euros par jour à compter du 1er octobre 2022, soit un niveau supérieur à celui applicable avant la pandémie (décret n° 2022-1266 du 29 septembre 2022 relevant le plafond d'utilisation des titres-restaurant).

(4) L'article 6 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat a étendu jusqu'au 31 décembre 2023 l'utilisation des titres-restaurant à tout produit alimentaire, qu'ils soit ou non directement consommable. La loi n° 2025-56 du 21 janvier 2025 visant à prolonger la dérogation d'usage des titres-restaurant pour tout produit alimentaire a reporté l'extinction de celle-ci au 31 décembre 2026.

(5) Annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 36.

(6) Ibid., p. 37.

(7) Ordonnance n° 82-283 du 26 mars 1982 portant création des chèques-vacances.

États membres de l'Union européenne aux prestataires ayant conventionné avec l'Agence nationale pour les chèques-vacances (ANCV) ⁽¹⁾.

Dans les entreprises de plus de cinquante salariés, la contribution de l'employeur ou du CSE à l'acquisition des chèques-vacances est exonérée de cotisations sociales et de CSG-CRDS. Elle est assimilée, quant à son assujettissement aux prélèvements sociaux, au régime des activités sociales et culturelles prises en charge par le CSE, sur le fondement d'une instruction ministérielle du 17 avril 1985 relative aux prestations servies par les comités d'entreprise (*cf. infra*).

La contribution des entreprises d'un effectif inférieur, dépourvues de CSE et ne relevant pas d'un organisme paritaire gérant une ou plusieurs activités sociales, et celle des particuliers employeurs sont également exemptées de cotisations mais pas des contributions sociales de droit commun. Ces avantages sont néanmoins exonérés de forfait social, par dérogation aux règles normales d'assujettissement à cette contribution ⁽²⁾.

• Dans le cas des entreprises de moins de cinquante salariés et des particuliers employeurs, le montant de l'avantage donnant droit à exonération est limité, par bénéficiaire et par an, à 30 % du Smic mensuel ⁽³⁾. Le bénéfice de ladite exonération est de surcroît conditionné au fait que :

- la fraction de la valeur des chèques-vacances prise en charge par l'employeur est plus élevée pour les salariés dont les rémunérations sont les plus faibles ;

- le montant de la contribution de l'employeur et les modalités de son attribution sont prévus par un accord collectif ;

- la contribution de l'employeur ne se substitue à aucun élément faisant partie des revenus d'activité pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations ou prévu pour l'avenir par des stipulations contractuelles individuelles ou collectives ⁽⁴⁾.

Par ailleurs, la contribution de l'employeur à l'acquisition de chèques-vacances ne peut dépasser un pourcentage de leur valeur libératoire fixé par décret ⁽⁵⁾. Aussi, cette contribution est au maximum de :

(1) Article L. 411-2 du code du tourisme.

(2) 4° de l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale. Par ailleurs, quelle que soit la taille de l'entreprise, l'avantage résultant de la contribution de l'employeur à l'acquisition des chèques-vacances est exonéré de l'impôt sur le revenu dans la limite du montant du Smic mensuel, en application de l'article L. 411-5 du code du tourisme.

(3) Article L. 411-11 du code du tourisme.

(4) Article L. 411-10 du code du tourisme.

(5) Article L. 411-11 du code du tourisme.

– 80 % de la valeur libératoire des chèques-vacances si la rémunération moyenne des bénéficiaires au cours des trois derniers mois précédant l’attribution est inférieure au plafond de la sécurité sociale apprécié sur une base mensuelle ;

– 50 % de la valeur libératoire des chèques-vacances si la rémunération moyenne des bénéficiaires au cours des trois derniers mois précédant l’attribution est supérieure au plafond mensuel de la sécurité sociale.

Ces pourcentages sont majorés de 5 % par enfant à charge et de 10 % par enfant handicapé, titulaire de la carte d’invalidité ou de la carte « priorité pour personne handicapée », dans la limite de 15 % ⁽¹⁾.

En outre, la contribution annuelle globale de l’employeur ne peut excéder la moitié du produit du nombre total de ses salariés par le montant du Smic mensuel, charges sociales comprises ⁽²⁾.

● Le nombre des bénéficiaires s’élevait à 4,88 millions en 2023 ⁽³⁾. Le montant de l’assiette exonérée atteindrait, pour l’ensemble des entreprises, 1,1 milliard d’euros en 2026 ⁽⁴⁾.

4. La contribution de l’employeur aux activités sportives

Depuis 2021, certains avantages accordés par l’employeur pour favoriser la pratique du sport au sein de l’entreprise sont exclus de l’assiette des cotisations et des contributions sociales ⁽⁵⁾. Sont concernés les avantages que représentent pour les salariés la mise à disposition par l’employeur d’équipements sportifs à usage collectif et le financement de prestations sportives à destination de l’ensemble des salariés ⁽⁶⁾.

5. Les prestations des CSE relatives à des activités sociales, culturelles ou sportives sont en principe exonérées de prélèvements sociaux

a. Les prestations des CSE en matière sociale et culturelle bénéficient d’une large exonération de principe

● Parmi les prérogatives du comité social et économique figurent le contrôle ou la gestion des activités sociales et culturelles établies dans l’entreprise prioritairement au bénéfice des salariés, de leur famille et des stagiaires ⁽⁷⁾. La liste des activités relevant de la compétence du CSE est définie par le code du travail.

(1) Article D. 411-6-1 du code du tourisme.

(2) Article L. 411-11 du code du tourisme.

(3) Annexe 2 du Placss 2024, p. 303.

(4) Annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 37.

(5) Article 18 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(6) f du 4° du III de l’article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale.

(7) Article L. 2312-78 du code du travail.

Les activités sociales et culturelles relevant des attributions du CSE en application du code du travail

Les activités sociales et culturelles établies dans l'entreprise au bénéfice des salariés ou anciens salariés de l'entreprise et de leur famille comprennent :

1° Des institutions sociales de prévoyance et d'entraide, telles que les institutions de retraites et les sociétés de secours mutuels ;

2° Les activités sociales et culturelles tendant à l'amélioration des conditions de bien-être, telles que les cantines, les coopératives de consommation, les logements, les jardins familiaux, les crèches, les colonies de vacances ;

3° Les activités sociales et culturelles ayant pour objet l'utilisation des loisirs et l'organisation sportive ;

4° Les institutions d'ordre professionnel ou éducatif attachées à l'entreprise ou dépendant d'elle, telles que les centres d'apprentissage et de formation professionnelle, les bibliothèques, les cercles d'études, les cours de culture générale ;

5° Les services sociaux chargés :

a) De veiller au bien-être du salarié dans l'entreprise, de faciliter son adaptation à son travail et de collaborer avec le service de santé au travail de l'entreprise ;

b) De coordonner et de promouvoir les réalisations sociales décidées par le comité social et économique et par l'employeur ;

6° Le service de santé au travail institué dans l'entreprise.

Source : article R. 2312-35 du code du travail.

● Les dimensions du présent commentaire ne permettent pas de décrire le régime applicable à chacun des avantages que le CSE est susceptible d'accorder. Certains d'entre eux, qui peuvent aussi être attribués directement par l'employeur sans l'entremise d'un tel comité, sont d'ailleurs présentés plus haut.

La règle générale est que toute somme ou avantage en nature versé par le CSE à un salarié est soumis à cotisations et à contributions sociales sauf si :

- cette somme est versée à titre de secours (*cf. infra*) ;
- une disposition législative ou réglementaire l'exonère expressément de prélèvements sociaux. En particulier, dans le cas des chèques-vacances et des Cesu préfinancés, le législateur a précisé les conditions d'application de l'avantage social qui s'y rapporte (*cf. supra*) ;
- elle relève du champ de la tolérance administrative applicable aux activités culturelles et sociales, dont les contours sont décrits ci-après.

● Initialement, seuls les avantages accordés par les comités d'entreprise considérés comme des prestations de secours étaient exonérés de prélèvements

sociaux ⁽¹⁾. Cette catégorie inclut les « versements exceptionnels liés à des situations particulièrement dignes d'intérêt, permettant de faire face à une situation passagère de gêne ou de détresse », à l'exclusion notamment des avantages attribués sur la base de critères objectifs et de normes préétablies ⁽²⁾.

Au motif que « l'application de ce principe [soulevait] de nombreuses difficultés pratiques et qu'elle [pouvait] conduire à des conséquences excessives », la doctrine administrative a ensuite élargi le champ de cette exemption aux activités sociales et culturelles en fixant la règle suivant laquelle, « à moins qu'une mesure législative ou réglementaire en dispose autrement, il n'y a pas lieu de soumettre à cotisations les prestations en espèces ou en nature versées à des salariés ou anciens salariés de l'établissement lorsqu'elles se rattachent directement aux activités sociales et culturelles des comités d'entreprise » et qu'elles ne présentent pas le caractère d'un complément de rémunération ⁽³⁾. En conséquence, aucun prélèvement social n'est dû par l'employeur ou par le salarié sur ces prestations.

Réciproquement, bien qu'elles soient versées par un CSE, les prestations qui excèdent le cadre des activités sociales et culturelles gérées par ceux-ci, soit parce qu'elles sont versées en application d'une obligation légale ou contractuelle de l'employeur, soit parce qu'elles revêtent le caractère d'un complément de rémunération, sont comprises dans l'assiette des cotisations et des contributions sociales ⁽⁴⁾.

Les modalités d'application de ces règles aux divers avantages servis par les comités ont été progressivement dégagées, la doctrine administrative distinguant ce qui, parmi ces prestations, se rattache au champ normal de l'exemption, de ce qui constitue en pratique un prolongement de la rémunération du salarié. Par exemple, les bons d'achat délivrés au cours d'une même année sont exonérés de prélèvements sociaux si leur valeur totale n'excède pas 5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ou s'ils sont distribués à l'occasion d'un événement précis, tel qu'un départ à la retraite, la naissance d'un enfant, la rentrée scolaire ou les fêtes de fin d'année, ou encore s'ils permettent d'acquérir un bien déterminé ⁽⁵⁾. Cette tolérance s'étend désormais à la plus grande partie des dépenses de consommation courante des ménages.

• Dans un souci d'équité envers les diverses catégories de travailleurs et de cotisants tout autant que de lisibilité de la réglementation sociale, ces règles ont été étendues à des entreprises et institutions qui, parce qu'elles ne disposent pas de CSE ou parce que ce dernier ne gère pas lui-même les activités sociales et culturelles,

(1) La lettre ministérielle du 11 octobre 1980 précisait que, suivant la jurisprudence de la Cour de cassation, les prestations en espèces servies par les comités d'entreprise entraient dans l'assiette des cotisations sociales dès lors qu'elles ne présentaient pas le caractère d'un secours.

(2) Cour de cassation, civile, 16 juin 2016, n° 15-18.079.

(3) Lettre ministérielle du 17 avril 1985 relative à la définition des prestations servies par les comités d'entreprise et institutions analogues, p. 2.

(4) Ibid., p. 3.

(5) Lettre ministérielle du 12 décembre 1988.

n'entrent pas en principe dans leur champ d'application. À ce titre, sont également concernés par les exonérations précitées :

– les avantages accordés directement par l'employeur lorsque celui-ci gère les activités sociales et culturelles normalement dévolues au CSE, notamment dans le cas où l'entreprise n'est pas tenue de mettre en place un tel comité compte tenu de son effectif ; lorsque la gestion des activités sociales et culturelles n'incombe pas au CSE – tel est le cas dans les entreprises occupant moins de cinquante salariés – ; et dans les entreprises d'un effectif supérieur ayant établi un procès-verbal de carence de leur CSE ;

– les avantages servis par le Fonds d'action sociale du travail temporaire (Fastt) ⁽¹⁾ ;

– les avantages servis, au sein des administrations publiques – qui ne sont pas soumises à l'obligation de mettre en place un CSE –, par les instances susceptibles d'assumer les fonctions dévolues à celui-ci, quelle que soit leur dénomination.

b. La subvention versée par l'employeur au CSE pour le financement de ces activités est également exonérée de prélèvements sociaux

Pour financer les œuvres sociales du CSE, l'employeur verse chaque année une contribution dont le montant est en principe fixé par accord d'entreprise. À défaut, le rapport de cette contribution à la masse salariale brute ne peut être inférieur au même rapport existant pour l'année précédente ⁽²⁾.

Les sommes versées par l'employeur au CSE sont déductibles de l'impôt sur les sociétés et exonérées de prélèvements sociaux.

C. LES INDEMNITÉS DE RUPTURE CONVENTIONNELLE ET DE MISE À LA RETRAITE SONT SOUMISES À UNE MÊME CONTRIBUTION PATRONALE SPÉCIFIQUE

1. Les indemnités de rupture du contrat de travail bénéficient d'un régime social dérogatoire justifié par leur fonction de réparation d'un préjudice

• Les indemnités versées par l'employeur à un salarié ou à un mandataire social à l'occasion de la rupture du contrat de travail qui les lie ne sont pas assimilées, quant à leur assujettissement aux cotisations et aux contributions sociales, aux revenus d'activité entrant dans l'assiette de celles-ci. Ce traitement social et fiscal particulier tient à la fonction particulière de ces sommes, dont le

(1) Le Fastt est une association à gestion paritaire financé par les entreprises de travail temporaire. Cf. l'accord-cadre du 24 juin 1992 sur les préoccupations sociales des salariés temporaires et l'accord du 2 décembre 1992 relatif aux statuts du Fonds d'action sociale du travail temporaire.

(2) Article L. 2312-81 du code du travail.

versement constitue le plus souvent la réparation d'un préjudice subi par le salarié et non un complément de son salaire de base.

Aussi, jusqu'en 2005, les indemnités de rupture du contrat de travail ou du mandat social étaient exonérées de cotisations et de contributions sociales ainsi que d'impôt sur le revenu, cet avantage ne s'appliquant, dans le cas des indemnités de licenciement et de mise à la retraite, qu'à la moitié de leur montant. Le régime applicable à ces indemnités a progressivement divergé, des règles de plafonnement et des contributions distinctes ayant été instituées (*cf.* tableau récapitulatif *infra*).

Le régime applicable aux **indemnités de rupture conventionnelle** et de **mise à la retraite** a quant à lui fait l'objet d'une harmonisation à la faveur de la réforme des retraites de 2023 ⁽¹⁾.

(1) Article 4 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.
Les modifications décrites ci-après sont entrées en vigueur le 1er septembre 2023.

1. La rupture conventionnelle

Aux termes de l'article L. 1237-11 du code du travail, **l'employeur et le salarié peuvent convenir en commun des conditions de la rupture du contrat de travail qui les lie**. Cette modalité de rupture, appelée rupture conventionnelle, est exclusive du licenciement ou de la démission et ne peut être imposée par l'une ou l'autre des parties. Elle résulte d'une convention signée par ces dernières.

Le salarié dont le contrat fait l'objet d'une rupture conventionnelle peut bénéficier de l'allocation de retour à l'emploi (ARE) dans les mêmes conditions qu'après un licenciement. Il perçoit aussi une indemnité spécifique de rupture conventionnelle dont le montant ne peut être inférieur à celui de l'indemnité de licenciement.

2. La mise à la retraite d'office

Le départ d'un salarié à la retraite suppose la rupture de son contrat de travail, laquelle peut intervenir soit à la demande de l'intéressé, soit à l'initiative de son employeur.

Cette seconde hypothèse – qualifiée de mise à la retraite d'office – s'analyse comme une exception au principe de non-discrimination à raison de l'âge, ce qui justifie que sa mise en œuvre soit strictement encadrée par la loi.

Aussi, l'article L. 1237-5 du code du travail distingue plusieurs hypothèses :

– la mise à la retraite d'office est impossible dans le cas d'un salarié qui n'a pas atteint l'âge permettant de bénéficier d'une retraite à taux plein même s'il ne justifie pas de la durée d'assurance requise, fixé à 67 ans depuis la dernière réforme des retraites. Dans cette hypothèse, la rupture du contrat de travail par l'employeur constitue un licenciement sans cause réelle et sérieuse ;

– un salarié âgé de 67 à 70 ans ne peut être mis à la retraite sans son accord, mais l'employeur peut l'interroger par écrit sur son intention de quitter volontairement l'entreprise pour bénéficier d'une pension de vieillesse. En cas de réponse négative de l'intéressé, la même procédure est applicable chaque année ;

– **l'employeur peut mettre à la retraite un salarié âgé d'au moins 70 ans**, sous réserve de respecter un délai de préavis égal à celui prévu en cas de licenciement.

La mise à la retraite d'un salarié donne lieu au versement à celui-ci d'une indemnité d'un montant au moins égal à celui de l'indemnité de licenciement.

● En cas de **rupture conventionnelle**, le régime social et fiscal de l'indemnité versée au salarié varie en fonction de la situation de ce dernier quant à la possibilité de bénéficier d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire de base.

Pour ceux qui ne remplissent pas les conditions permettant de percevoir une telle pension, l'indemnité de rupture conventionnelle est exclue de l'assiette des revenus imposables, dans la limite d'un plafond ⁽¹⁾. Le montant non imposable est également exonéré de cotisations sociales ainsi que de CSG et de CRDS, dans la limite du plus petit des montants suivants :

(1) 6° de l'article 80 duodecies du code général des impôts.

- deux fois le plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) ;
- le montant de l’indemnité légale ou conventionnelle.

En revanche, dans le cas des salariés qui sont en droit de bénéficier d’une pension de retraite d’un régime légalement obligatoire, cette indemnité est comprise dans le revenu imposable ⁽¹⁾. Elle est également assujettie dès le premier euro aux cotisations sociales ⁽²⁾, à la CSG et à la CRDS ⁽³⁾.

En cas de **mise à la retraite d’un salarié à l’initiative de l’employeur**, le régime social de l’indemnité versée est semblable à celui applicable en cas de rupture conventionnelle conclue par un salarié pouvant liquider ses droits à pension. Seul le plafond dans la limite duquel cette indemnité est exclue de l’assiette de l’impôt sur le revenu diffère ⁽⁴⁾.

● Jusqu’en 2023, les sommes exonérées de cotisations et de contributions sociales en application de ces règles donnaient toutefois lieu à une contribution à la charge de l’employeur, dont le taux différait en fonction de la nature de l’indemnité :

- dans le cas de la mise à la retraite d’office, la fraction de cette indemnité exemptée de l’assiette des cotisations et contributions sociales de droit commun était assujettie à un prélèvement spécifique au taux de 50 % ;

- la part de l’indemnité de rupture conventionnelle exemptée d’autres prélèvements était soumise au forfait social au taux de 20 %.

Cette différence de régime juridique pouvait inciter l’employeur à vouloir convaincre un salarié de signer une rupture conventionnelle, plutôt que de le conserver dans l’entreprise jusqu’à ce que celui-ci atteigne l’âge de 70 ans, à partir duquel la mise à la retraite d’un salarié devient possible.

Aussi, pour favoriser le maintien des salariés dans l’entreprise, la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a harmonisé les règles applicables à ces deux indemnités. Depuis, la fraction de ces dernières qui est exonérée de cotisations sociales ainsi que de CSG et de CRDS est soumise à une contribution spécifique à la charge de l’employeur, au taux de 30 %, dont le produit est affecté à la Caisse nationale d’assurance vieillesse (Cnav) ⁽⁵⁾. L’on notera d’ailleurs que l’accord national interprofessionnel du 14 novembre 2024 relatif à l’emploi des travailleurs expérimentés a prévu que, dans le cadre de l’expérimentation d’un nouveau contrat de valorisation de l’expérience (CVE), un

(1) Article 80 duodecies *précité*.

(2) Article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale.

(4) 4° de l’article 80 duodecies *précité*.

(5) Article L. 137-12 du code de la sécurité sociale.

employeur qui mettrait à la retraite d'office un salarié recruté par ce contrat serait exonéré de la contribution précitée ⁽¹⁾.

• Le tableau suivant présente le régime applicable aux différentes catégories d'indemnités.

RÉGIME SOCIAL ET FISCAL DES INDEMNITÉS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Catégorie d'indemnités	Impôt sur le revenu	Cotisations sociales	CSG et CRDS	Forfait social et contribution spécifique
Indemnités compensatrices de préavis ; indemnités de non-concurrence	Assujettissement dès le premier euro	Assujettissement dès le premier euro	Assujettissement dès le premier euro	Sans objet
Indemnités de licenciement et de départ volontaire dans un PSE ; indemnités de dommages-intérêts ordonnées par le juge	Exonération totale	Exonération dans la limite de 2 Pass Assujettissement au premier euro pour les indemnités supérieures à 10 Pass	Exonération de l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement dans la limite de 2 Pass Assujettissement au premier euro pour les indemnités supérieures à 10 Pass	
Indemnités légales ou conventionnelles de licenciement versées hors PSE	Exonération dans la limite la plus élevée entre : - 2 fois la rémunération annuelle brute perçue au cours de l'année civile précédant la rupture - 50 % de l'indemnité, dans la limite de 6 Pass	Exonération des sommes exonérées d'impôt sur le revenu dans la limite de 2 Pass Assujettissement au premier euro pour les indemnités supérieures à 10 Pass	Exonération dans la limite de 2 Pass Assujettissement au premier euro pour les indemnités supérieures à 10 Pass	
Indemnités légales ou conventionnelles de mise à la retraite	Exonération dans la limite la plus élevée entre : - 2 fois la rémunération annuelle brute perçue au cours de l'année civile précédant la rupture - 50 % de l'indemnité, dans la limite de 5 Pass	Exonération des sommes exonérées d'impôt sur le revenu dans la limite de 2 Pass Assujettissement au premier euro pour les indemnités supérieures à 10 Pass	Exonération dans la limite de 2 Pass Assujettissement au premier euro pour les indemnités supérieures à 10 Pass	Assujettissement de l'ensemble des indemnités de mise à la retraite à une contribution patronale spécifique de 30 %
Indemnités légales ou conventionnelles versées à un salarié pouvant bénéficier d'une pension de retraite	Assujettissement dès le premier euro	Exonérée de cotisations dans la limite de 2 Pass, à hauteur du montant le plus élevé entre : - soit le minimum légal ou conventionnel de l'indemnité de licenciement ; - soit 50 % ou 2 fois la rémunération annuelle brute du salarié sur l'année civile précédant la rupture Assujettissement au premier euro pour les indemnités supérieures à 10 Pass	Exonération dans la limite du plus petit des montants suivants : - montant de l'indemnité légale ou conventionnelle - montant exclu de l'assiette des cotisations sociales qui est au maximum de 2 Pass Assujettissement au premier euro pour les indemnités supérieures à 10 Pass	Assujettissement de la fraction de l'indemnité qui est exonérée de cotisations sociales à une contribution patronale spécifique de 30 %
Indemnités légales ou conventionnelles versées à un salarié ne pouvant pas bénéficier d'une pension de retraite	Exonération dans la limite la plus élevée entre : - 2 fois la rémunération annuelle brute perçue au cours de l'année civile précédant la rupture - 50 % de l'indemnité, dans la limite de 6 Pass	Exonération des sommes exonérées d'impôt sur le revenu dans la limite de 2 Pass Assujettissement au premier euro pour les indemnités supérieures à 10 Pass	Exonération dans la limite du plus petit des montants suivants : - montant de l'indemnité légale ou conventionnelle - montant exclu de l'assiette des cotisations sociales qui est au maximum de 2 Pass Assujettissement au premier euro pour les indemnités supérieures à 10 Pass	Assujettissement de la fraction de l'indemnité qui est exonérée de cotisations sociales à une contribution patronale spécifique de 30 %

(1) Cf. l'article 4 du projet de loi portant transposition des accords nationaux interprofessionnels en faveur de l'emploi des salariés expérimentés et relatif à l'évolution du dialogue social, n° 1526, définitivement adopté le 15 octobre 2025 mais non encore promulgué à la date de la rédaction du présent commentaire d'article.

Indemnités versées lors de la cessation forcée des fonctions de dirigeant ou de mandataire social	Exonération dans la limite de 3 Pass	Exonération des sommes exonérées d'impôt dans la limite de 2 Pass Assujettissement total des indemnités supérieures à 5 Pass	Exonération des sommes exonérées d'impôt sur le revenu dans la limite de 2 Pass Assujettissement total des indemnités supérieures à 5 Pass	Sans objet

Source : commission des affaires sociales d'après l'annexe 2 du Placss 2024, pp. 339-340.

2. La légitimité du régime dérogatoire applicable aux indemnités de rupture conventionnelle peut être interrogée à la lumière du large recours à celle-ci et de son caractère volontaire

● D'après le Gouvernement, plusieurs arguments invitent à rapprocher le régime social applicable aux indemnités de rupture conventionnelle du droit commun en limitant l'écart entre les taux des prélèvements appliqués à celles-ci et aux revenus du travail ⁽¹⁾.

En premier lieu, suivant le principe rappelé ci-dessus, le traitement favorable des indemnités de rupture du contrat de travail est traditionnellement justifié par leur fonction de réparation d'un préjudice subi par le salarié. Or la mise en œuvre d'une rupture conventionnelle n'est possible par définition qu'avec l'accord de celui-ci, qui bénéficie de surcroît de droits à l'assurance-chômage dans les mêmes conditions qu'après un licenciement. Dès 2011, le comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales avait estimé le dispositif d'exonération inefficace au regard des objectifs affichés et particulièrement dérogatoire par rapport à la plupart des autres pays de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE), dont la législation considère ces indemnités comme des revenus du travail ⁽²⁾.

Cette analyse est confortée par l'existence probable d'effets de substitution entre les ruptures conventionnelles et les démissions à la faveur de l'augmentation du nombre des premières, qui est passé de 310 000 en 2013 à 500 000 en 2022, soit une hausse de 61 % ⁽³⁾. Aussi, d'après une étude de 2018, 75 % des ruptures conventionnelles mises en œuvre entre 2012 et 2018 se seraient substituées à des démissions ⁽⁴⁾.

● En outre, l'on peut relever que le montant des pertes nettes de cotisations sociales résultant de l'exemption d'assiette applicable aux indemnités de rupture

(1) Cf. annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, pp. 37-38.

(2) Inspection générale des finances (IGF) et Inspection générale des affaires sociales (Igas), Rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et niches sociales, juin 2011, cité dans le rapport particulier n° 1 annexé au rapport du Conseil des prélèvements obligatoires (CPO), Conforter l'égalité des citoyens devant l'imposition des revenus, octobre 2024, p. 95. Les mesures d'exemption portant sur les indemnités de rupture du contrat de travail et notamment celles issues d'une rupture conventionnelle avaient reçues la note de 0, la mission d'évaluation ayant estimé que le dispositif était trop coûteux, peu lisible et éloigné des pratiques des autres pays de l'OCDE.

(3) Données de la direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (Dares) citées dans le rapport particulier n° 1 annexé au rapport du Conseil des prélèvements obligatoires (CPO), Conforter l'égalité des citoyens devant l'imposition des revenus, octobre 2024, p. 95.

(4) Dares, « CDD, CDI : comment évoluent les embauches et les ruptures depuis 25 ans ? », Dares Analyses n° 026, juin 2018.

conventionnelle s'élevait à 100 millions d'euros en 2024, cette évaluation tenant compte des effets des allègements généraux et du produit de la contribution spécifique mentionnée plus haut. L'assiette totale exemptée atteignait 2,2 milliards d'euros ⁽¹⁾.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : SOUMETTRE AU FORFAIT SOCIAL LES AIDES DIRECTES AUX SALARIÉS ET RENFORCER LA FISCALITÉ APPLICABLE AUX INDEMNITÉS DE RUPTURE CONVENTIONNELLE ET DE MISE À LA RETRAITE

Cet article propose de soumettre au taux le plus faible du forfait social – soit 8 % – les compléments salariaux actuellement exemptés de prélèvements sociaux dans les conditions décrites au B du I du présent commentaire.

En outre, il relève de 10 points le taux de la contribution patronale portant sur les indemnités de rupture conventionnelle et de mise à la retraite, qui atteindrait ainsi 40 %, tout en intégrant celle-ci au forfait social. Formellement, cette contribution spécifique serait donc supprimée mais son assiette serait assujettie au forfait social au même taux.

Outre ces modifications de fond, l'article procède à un toilettage du régime juridique du forfait social rendu pour partie nécessaire par les modifications apportées à l'assiette de celui-ci.

A. UN TOILETTAGE DU RÉGIME JURIDIQUE DU FORFAIT SOCIAL

- La rédaction actuelle de l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale, relatif au forfait social, fait apparaître une sédimentation de dispositifs qui ne favorise pas l'intelligibilité de l'assiette du prélèvement qu'il institue.

Son premier alinéa énonce un principe général d'assujettissement à celui-ci des sommes exemptées de l'assiette des cotisations sociales mais soumises à la CSG et à la CRDS ; ses deuxième à cinquième alinéas (ou 1^o à 4^o) prévoient quatre dérogations à cette règle consistant en des exonérations de forfait social, dont l'une a d'ailleurs été supprimée; les sixième à huitième alinéas prévoient trois autres dérogations, mais dans le sens cette fois d'un assujettissement au forfait social de sommes ne relevant pas en principe de son assiette ; enfin, les neuvième à onzième alinéas prévoient trois cas d'exonération supplémentaires. À cette aune, il paraît légitime que la modification de l'assiette du forfait social, dans un sens au demeurant dérogatoire à la règle générale d'assujettissement à celui-ci, s'accompagne d'une refonte de la disposition qui l'établit.

- Aussi, le 2^o du I comprend, outre les modifications de fond décrites ci-après, plusieurs dispositions de toilettage :

(1) Annexe 2 au Placss 2024, p. 342.

– il reprend dans le premier alinéa d'un nouveau I la définition générale de l'assiette du forfait social en prévoyant que ce dernier, dû par les employeurs, est assis sur les revenus d'activité, attribués par ceux-ci, qui sont assujettis à la CSG et exclus de l'assiette des cotisations sociales. Il y fait également figurer l'exception actuellement prévue au 1° de l'article L. 137-15 précité s'agissant des avantages assujettis à la contribution patronale sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions gratuites d'actions ;

– il inclut respectivement dans de nouveaux 1°, 2° et 3° les dispositions des actuels neuvième et dixième alinéas – concernant les sommes issues de l'intéressement et de la participation dans certaines entreprises –, septième et huitième alinéas – ayant trait aux contributions destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire – et 3° – lequel porte sur certaines indemnités de rupture du contrat de travail –, tout en introduisant au *b* du nouveau 3° la modification de fond commentée ci-après (*cf. C infra*) ;

– il rassemble dans un nouveau II les exceptions à la règle d'assiette définie au I qui concernent, d'une part, les rémunérations perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme (correspondant à l'actuel septième alinéa) ; et, d'autre part, divers compléments de rémunération qui, bien qu'ils ne soient pas soumis à la CSG, le seraient néanmoins au forfait social en application de l'article commenté ici (*cf. B infra*).

B. LES AIDES DIRECTES AUX SALARIÉS, QUI SONT POUR LA PLUPART EXONÉRÉES DE L'ENSEMBLE DES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX, SÉRAIENT ASSUJETTIES AU FORFAIT SOCIAL AU TAUX DE 8 %

- Le même 2° du I prévoit d'assujettir au forfait social :

– les aides directes précitées qui sont directement versées par l'employeur, soit la contribution de ce dernier à l'acquisition de titres-restaurant, au financement d'activités de services à la personne ainsi que les avantages liés à la mise à disposition d'équipements sportifs à usage collectif et le financement de prestations sportives à destination de l'ensemble des salariés (2° du nouveau II de l'article L. 137-15 précité) ;

– les contributions des employeurs pour le financement des activités et des services sociaux et culturels des CSE (3° du même II) ;

– la contribution de l'employeur à l'acquisition de chèques-vacances dans les entreprises de moins de cinquante salariés. Celle-ci étant assujettie à la CSG, la suppression de l'ancien 4° de l'article qui l'exonérait de forfait social l'intègre à l'assiette de ce dernier compte tenu de la règle d'assujettissement rappelée ci-dessus. Par coordination, le III complète la première phrase du premier alinéa de l'article L. 411-9 du code du tourisme, qui définit le régime social applicable aux chèques-vacances dans ces entreprises, pour prévoir que cet avantage salarial est,

sous certaines conditions, exonéré des cotisations et contributions sociales, à l'exception de la CSG, de la CRDS et dorénavant aussi du forfait social.

- Le 3° du I modifie l'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale, lequel définit le taux de forfait social applicable à chaque assiette. Outre diverses dispositions de toilettage et de coordination, il prévoit d'assujettir les avantages salariaux et contributions de l'employeur précités au taux de 8 %, soit le plus bas du barème du forfait social. Le régime social de ces compléments de salaire jusqu'alors entièrement exonérés de prélèvements sociaux demeurerait ainsi parmi les plus favorables. À titre de comparaison, les sommes issues de l'intéressement sont soumises à la CSG et à la CRDS pour un taux cumulé de 9,7 % ainsi que, dans les entreprises de plus de 250 salariés, au forfait social au taux de 20 %.

- D'après le Gouvernement, le montant total des aides directes aux salariés atteindrait 11,9 milliards d'euros en 2026 et le coût des exemptions d'assiette correspondantes s'élèverait à 4,5 milliards d'euros. La mesure proposée engendrerait 950 millions d'euros de recettes nouvelles dans le champ des régimes obligatoires de base, ce qui limiterait ce coût ⁽¹⁾.

C. LES INDEMNITÉS DE RUPTURE CONVENTIONNELLE ET DE MISE À LA RETRAITE SERAIENT ASSUJETTIES AU FORFAIT SOCIAL AU TAUX DE 40 %, LA CONTRIBUTION PATRONALE SPÉCIFIQUE ÉTANT SUPPRIMÉE

- Compte tenu de la nature particulière des indemnités de ruptures conventionnelles, qui constituent moins la réparation d'un préjudice subi par le salarié que le résultat d'un accord de volontés pour mettre fin au contrat de travail, l'article propose de relever de 30 % à 40 % la contribution due par l'employeur sur la fraction de ces indemnités qui n'est pas soumise aux cotisations et contributions sociales.

Cette augmentation aurait pour conséquence de rapprocher le niveau du prélèvement applicable à cette assiette des taux cumulés de l'ensemble des cotisations patronales portant sur les revenus d'activité, lequel est d'environ 47 % hors application des allègements généraux. Le nouveau taux applicable resterait toutefois inférieur à la somme des taux de l'ensemble des cotisations et contributions sociales assis sur les salaires de base ⁽²⁾.

L'on peut noter que le Conseil des prélèvements obligatoires a récemment préconisé de mettre fin à l'exemption de prélèvements sociaux dont font l'objet les indemnités de rupture conventionnelle ⁽³⁾. Toutefois, cette proposition impliquerait de disjoindre le régime applicable auxdites indemnités de celui mis en œuvre dans le cas des indemnités de mise à la retraite, au risque de rétablir entre ces régimes

(1) Annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 40.

(2) Aux cotisations et contributions patronales, il convient d'ajouter les cotisations salariales d'assurance vieillesse de base et complémentaire ainsi que la CSG et la CRDS.

(3) CPO, rapport particulier n° 1 précité, p. 95.

l'écart de prélèvement que la loi de financement rectificative de la sécurité sociale avait résorbé.

- Formellement, la modification proposée consiste à supprimer la contribution spécifique portant sur les indemnités de rupture conventionnelle et de mise à la retraite pour intégrer celles-ci l'assiette du forfait social, tout en complétant le barème de ce dernier d'un nouveau taux de 40 %.

Aussi, le nouveau *b* du 3° du I de l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale, créé par le 2° du I qui définit la nouvelle assiette du forfait social, reprend les actuelles dispositions du 1° et du 2° de l'article L. 137-12 dudit code, qui instituent la contribution spécifique précitée et y assujettissent les indemnités de rupture conventionnelle et de mise à la retraite. Le *e* du 3° du II complète l'article L. 137-16 du même code, qui fixe le barème du forfait social, en créant un nouveau taux de 40 % auquel seules les indemnités précitées seraient assujetties.

Corrélativement, le 1° du I abroge la section 6 et l'article L. 137-12 du même code qui instituent la contribution spécifique précitée.

Le 1° du II opère quant à lui une coordination légistique pour tirer les conséquences de l'abrogation de l'article L. 137-12.

Le rendement de cette mesure est estimé à 260 millions d'euros.

- Le IV prévoit que cet article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026 et qu'il s'applique aux contributions dues au titre des périodes d'emploi courant à compter de la même date. Au total, son effet spontané sur les recettes de la sécurité sociale est évalué à 1,2 milliard d'euros, le gain net pour les finances publiques étant ramené à 1 milliard d'euros environ compte tenu de l'incidence de ces mesures sur le produit de l'impôt sur les sociétés *via* son effet sur les bénéfices des entreprises ⁽¹⁾.

*

* *

(1) Annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 40.

Article 9

Rationalisation d'exonérations spécifiques

Cet article réforme plusieurs exonérations de cotisations sociales ciblées sur des territoires ou des publics particuliers :

- il diminue le niveau maximal de l'exonération de cotisations patronales applicable aux **créateurs et aux repreneurs d'entreprise**, tout en réservant ce dispositif aux demandeurs d'emploi et à certains publics vulnérables ;
- il prévoit une réforme paramétrique des exonérations favorisant les entreprises établies dans certains départements, régions et collectivités d'outre-mer (dites « **Lodeom** ») ;
- il supprime l'exonération de cotisations salariales dont bénéficient les **apprentis** ;
- enfin, il restreint le bénéfice de l'exonération de cotisations patronales applicables aux « **jeunes entreprises innovantes** » (JEI) aux entreprises dont les charges comptent au moins 25 % de dépenses de recherche et développement, contre 20 % actuellement.

I. LA REFONTE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES APPLICABLES DANS CERTAINS TERRITOIRES D'OUTRE-MER, OU « **LODEOM** »

A. LE DROIT EXISTANT

1. Les territoires ultramarins bénéficient d'exonérations spécifiques dont le barème repose sur des critères géographiques et économiques et dont le coût total a atteint 1,5 milliard d'euros en 2024

• Instaurées en 1994 ⁽¹⁾, les exonérations spécifiques de cotisations patronales qui bénéficient aux employeurs implantés dans certains territoires ultramarins (dites « Lodeom » ⁽²⁾) consistent en un ensemble de réductions dégressives de cotisations patronales, analogues à la réduction générale, qui porte sur les mêmes cotisations, et dont elles partagent le caractère dégressif en fonction du salaire. Les dispositifs Lodeom se distinguent cependant par des points de sortie et par des taux d'exonération plus élevés pour la plupart des niveaux de rémunération ⁽³⁾.

Cette exonération spécifique comprend plusieurs barèmes définis sur une base géographique (Martinique, Guadeloupe, Guyane et La Réunion ; Saint-Martin

(1) Loi n° 94-638 du 25 juillet 1994 tendant à favoriser l'emploi, l'insertion et les activités économiques dans les départements d'outre-mer.

(2) Cette dénomination est issue de la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer (Lodeom), qui les a réformés.

(3) Le régime applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin se caractérise toutefois par un taux maximal d'exonération plus faible en raison de l'autonomie fiscale dont jouissent ces territoires, laquelle explique qu'ils n'aient pas bénéficié du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) dont le renforcement des allègements de cotisations, mis en œuvre en 2019 dans les autres territoires, visait à compenser la suppression.

et Saint-Barthélemy ; Saint-Pierre-et-Miquelon ⁽¹⁾) et économique, en fonction de la taille de l'entreprise et du secteur d'activité.

● Dans le cas des départements et régions d'outre-mer (Drom), trois barèmes distincts sont mis en œuvre :

– le **dispositif de « compétitivité »** bénéficie aux employeurs de moins de onze salariés, quel que soit leur secteur d'activité ; à ceux relevant des secteurs du bâtiment et des travaux publics ainsi que du transport aérien pour certaines liaisons et ceux assurant la desserte maritime entre certains points ; et à ceux des secteurs éligibles aux régimes de compétitivité renforcée ou d'innovation et de croissance, qui ne respectent pas les conditions d'effectifs (moins de 250 salariés) ou de chiffres d'affaires annuels (moins de 50 millions d'euros) propres à ces régimes ⁽²⁾ ;

– le **dispositif de « compétitivité renforcée »** s'applique aux employeurs de moins de 250 salariés ayant réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros qui soit appartiennent à certains secteurs (l'environnement, l'industrie, l'agronutrition, les énergies renouvelables, les nouvelles technologies de l'information et de la communication, les centres d'appel, la pêche et les cultures marines, l'aquaculture, l'agriculture, le tourisme, la presse et la production audiovisuelle – la liste des secteurs concernés est plus étendue en Guyane) ; soit réalisent des opérations sous le régime douanier dit de « perfectionnement actif » ⁽³⁾ ;

– le **dispositif d'innovation et de croissance** pour les employeurs de moins de 250 salariés et ayant réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros, au titre des rémunérations dues à leurs salariés principalement occupés à la réalisation de projets innovants dans le domaine des technologies de l'information et de la communication ⁽⁴⁾.

● Au sein des collectivités d'outre-mer (Com), les barèmes antérieurs à la dernière réforme de la Lodeom, mise en œuvre en 2019 à l'occasion de la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en allègements de cotisations, sont toujours en vigueur. Trois dispositifs sont ainsi distingués :

– le dispositif de droit commun applicable aux employeurs de moins de onze salariés ⁽⁵⁾ ;

(1) Saint-Pierre-et-Miquelon bénéficie d'un régime spécifique prévu par la loi de programmation pour l'outre-mer (Lopom). Par simplification, le terme « Lodeom » recouvre ici les dispositifs d'exonération Lodeom et Lopom.

(2) II de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale.

(3) A du III de l'article L. 752-3-2 précité.

(4) C du III de l'article L. 752-3-2 précité.

(5) I° du II de l'article L. 752-3-3 du code de la sécurité sociale.

- le dispositif sectoriel ⁽¹⁾ ;
- le dispositif renforcé, dont le champ d’application est semblable, s’agissant des secteurs d’activité concernés, à celui du barème de compétitivité renforcée mise en œuvre en Guyane ⁽²⁾.

● En raison du caractère spécifique de ces exonérations et de l’avantage comparatif qu’elles représentent par rapport au droit commun, leur application est conditionnée au respect, par l’employeur, de ses obligations déclaratives et de paiement à l’égard des organismes de recouvrement. Ladite condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l’employeur, d’une part, a souscrit et respecte un plan d’apurement des cotisations restant dues et, d’autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d’exigibilité ⁽³⁾.

SYNTHÈSE DES SEUILS ET BARÈMES EN VIGUEUR DANS LES DISPOSITIFS LODEOM

Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion			Saint-Barthélemy et Saint-Martin		
Barème compétitivité	Seuil d’exonération maximale	1,3 Smic	Barème moins de onze salariés	Seuil d’exonération maximale	1,4 Smic
	Seuil de dégressivité	1,3 Smic		Seuil de dégressivité	2 Smic
	Point de sortie	2,2 Smic		Point de sortie	3 Smic
Barème compétitivité renforcée	Seuil d’exonération maximale	2 Smic	Barème sectoriel	Seuil d’exonération maximale	1,4 Smic
	Seuil de dégressivité	2 Smic		Seuil de dégressivité	1,4 Smic
	Point de sortie	2,7 Smic		Point de sortie	3 Smic
Barème innovation & croissance	Seuil d’exonération maximale	1,7 Smic	Barème renforcé	Seuil d’exonération maximale	1,7 Smic
	Seuil de dégressivité	2,5 Smic		Seuil de dégressivité	2,5 Smic
	Point de sortie	3,5 Smic		Point de sortie	4,5 Smic

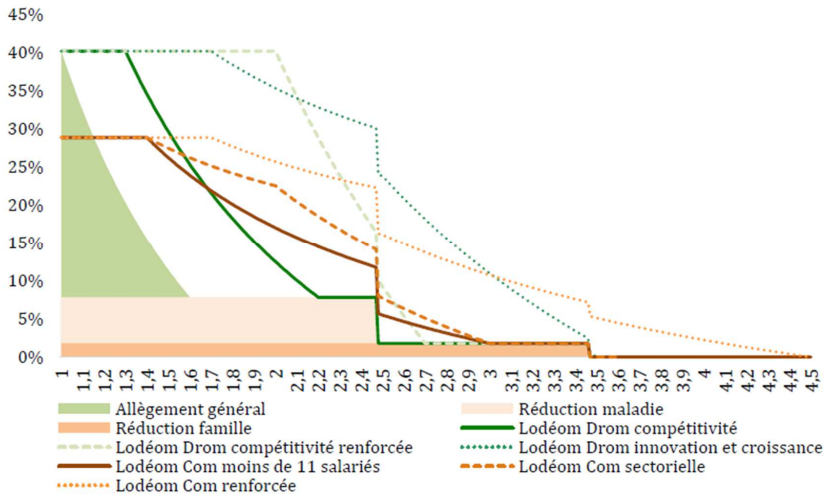
Source : commission des affaires sociales.

(1) Ce barème s’applique « aux employeurs, quel que soit leur effectif, des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de l’industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l’information et de la communication et des centres d’appel, de la pêche, des cultures marines, de l’aquaculture, de l’agriculture, du tourisme, y compris les activités de loisirs s’y rapportant, et de l’hôtellerie », aux employeurs de transport aérien assurant la liaison entre l’Hexagone et Saint-Barthélemy ou Saint-Martin ou entre ces collectivités avec la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique ainsi qu’aux employeurs assurant la desserte maritime ou fluviale de certains points (1°, 2° et 3° du II de l’article L. 753-3-3 précité).

(2) IV de l’article L. 752-3-3 précité.

(3) Premier alinéa du VI de l’article L. 752-3-2 précité et premier alinéa du VI de l’article L. 752-2 précité.

TAUX D'EXONÉRATION CORRESPONDANT AUX ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX ET AUX DISPOSITIFS LODEOM PAR NIVEAU DE RÉMUNÉRATION (EN MULTIPLES DU SMIC)



Source : Inspections générales des finances et des affaires sociales, Évaluation des mesures d'exonération de cotisations sociales spécifiques aux outre-mer, novembre 2024, p. 3. La courbe correspondant à l'allègement général traduit l'état du droit antérieur à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, qui a réformé ce dispositif.

● À la différence du coût des allègements généraux, qui est compensé à la sécurité sociale au moyen d'une fraction de taxe sur la valeur ajoutée (TVA), les pertes de recettes liées à la Lodeom donnent lieu à une compensation par des crédits budgétaires inscrits dans la mission *Outre-mer* du budget général de l'État. Le coût de ce dispositif a crû sensiblement au cours des dernières années pour atteindre près de 1,5 milliard d'euros en 2023, soit 33,9 % de plus qu'en 2019. Près de la moitié de ce montant (45,5 %, soit 694 millions d'euros) correspond à l'avantage différentiel de ce dispositif, soit l'écart entre l'avantage procuré par ce dernier et celui qui résulterait de l'application des allègements de droit commun.

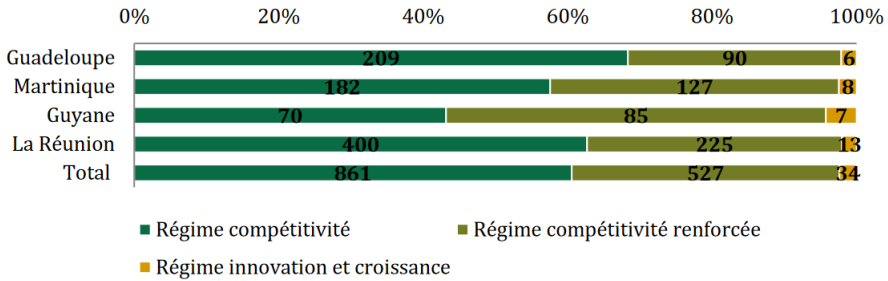
MONTANT DES EXONÉRATIONS AU TITRE DES DISPOSITIFS LODEOM ET LOPOM (SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON) ENTRE 2019 ET 2023

Territoires	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2019 - 2023
DROM et Saint-Martin	1 114,1	1 006,1	1 165,7	1 343,3	1 491,3	33,9 %
Saint-Barthélemy	21,3	14,4	19,1	20,4	26,5	24,5 %
Saint-Pierre-et-Miquelon	6,7	6,9	6,5	6,4	7,5	11,2 %
Total	1 142,1	1 027,4	1 191,3	1 370,0	1 525,3	33,6 %
Évolution annuelle	N.A. ¹²	-10,0 %	16,0 %	15,0 %	11,3 %	N.A.

Source : Urssaf-CN, MSA, PLACSS 2023.

Source : *ibid.*, p. 6.

**RÉPARTITION DU MONTANT DES EXONÉRATIONS ACCORDÉES
EN FONCTION DU BARÈME EN 2023 (EN MILLIONS D'EUROS)**



Source : *ibid.*, p. 12.

2. Le coût de ces dispositifs, les défaillances constatées dans leur gestion administrative et leur efficacité économique contestée ont donné lieu à des scénarios de réforme des exonérations Lodeom

a. L'évaluation réalisée par les inspections générales a souligné les limites de ces dispositifs

• L'ensemble des mesures d'exonération spécifiques aux outre-mer a fait l'objet d'un rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) remis au Gouvernement en novembre 2024 et publié l'année suivante.

En étudiant les effets de la dernière réforme de la Lodeom – intervenue en 2019 lors de la transformation du CICE en allègements de cotisations –, les inspections générales ont constaté que la réduction de cette exonération n'avait entraîné d'effets significatifs ni sur l'emploi – hormis un effet limité pour les entreprises de deux à onze salariés affectées par la réforme des barèmes –, ni sur les rémunérations, ni sur les indicateurs de rentabilité des entreprises. Ces résultats suggèrent que le dispositif, sous sa forme actuelle, ne compense pas efficacement les fragilités structurelles des économies ultramarines liées à leur insularité et à leur éloignement.

En outre, la mission a mis en évidence plusieurs défaillances dans le suivi des exonérations par les organismes de sécurité sociale. En témoignent notamment les écarts significatifs entre les données transmises par la caisse nationale des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) et celles figurant dans le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss) d'une part et dans le rapport annuel de performances de la mission *Outre-mer* d'autre part. La fiabilisation des données relatives aux montants d'exonération Lodeom et le nombre d'établissements et de salariés concernés faisait l'objet d'une recommandation (proposition n° 2 du rapport). La gestion des exonérations de cotisations sociales à Saint-Barthélemy donnait aussi lieu à une préconisation spécifique, aucun contrôle n'ayant été mené dans ce territoire depuis 2017, alors que la responsabilité administrative de la sécurité

sociale incombe à la caisse de mutualité sociale agricole (MSA) du Poitou (proposition n° 3).

D'autres recommandations relevaient également d'une meilleure application du droit en vigueur et n'appelaient donc pas de modification du régime juridique de ces exonérations. À titre d'exemple, la proposition n° 5 concernait le renforcement des contrôles de cohérence quant à l'application des barèmes aux secteurs éligibles. En effet, sur la base d'une analyse des codes de la nomenclature d'activités française (NAF) des bénéficiaires, le rapport des inspections générales soulignait que des entreprises appartenant à des secteurs dont le code NAF emportait une présomption de non-éligibilité au barème de compétitivité renforcée y recouraient toutefois de manière significative. À l'inverse, des entreprises en principe éligibles à ce barème n'en bénéficiaient pas. À Saint-Martin, 18 % des déclarations effectuées par les entreprises en 2023 comportaient des anomalies ⁽¹⁾.

● Par ailleurs, tout en soulignant que la Lodeom ne devrait évoluer que dans le cadre d'un ensemble plus large de réformes agissant sur les facteurs exogènes dont elle a vocation à compenser les effets pour les employeurs, le rapport contenait plusieurs recommandations en vue d'une évolution de ces exonérations.

Étaient successivement envisagés un ensemble de modifications paramétriques (propositions n°s 6, 7 et 8) et un scénario de réforme systémique inspiré de la réforme des allègements généraux de droit commun (proposition n° 9).

1. Au titre des **modifications paramétriques**, il était proposé :

– de supprimer le régime d'innovation et de croissance (proposition n° 6). La mission d'inspection posait le constat que celui-ci représentait 34 millions d'euros en 2023, soit moins de 2 % du total des exonérations. Il participerait ainsi de la complexité et de la faible lisibilité des barèmes, pour un champ d'application limité lié à des critères d'éligibilité restrictifs. En outre, les inspections générales relevaient que la suppression de ce barème conduirait à un report de 84 % des équivalents temps plein (ETP) concernés vers l'un des autres barèmes, une partie des 16 % restants pouvant bénéficier des allègements généraux de droit commun ;

– de restreindre le champ d'application du barème de compétitivité renforcée en mettant fin au régime favorable applicable aux entreprises soumises au régime douanier du perfectionnement actif ainsi qu'aux dérogations mises en œuvre en Guyane (proposition n° 7). S'agissant du régime de perfectionnement actif, la mission notait que celui-ci repose sur la nature de l'activité économique concernée – soit la transformation et la réexportation de marchandises hors de l'Union européenne – et non sur les caractéristiques propres à l'emploi dans les territoires ciblés par les exonérations Lodeom.

Ces deux premières mesures poursuivaient un objectif de simplification des barèmes, pour une incidence financière limitée.

(1) Rapport précité, p. 13.

Une autre mesure paramétrique aurait consisté à recentrer les dispositifs Lodeom sur les salaires inférieurs à 2 fois le Smic dans le cas du barème de compétitivité et à 2,5 fois le Smic s'agissant du barème de compétitivité renforcée (proposition n° 8).

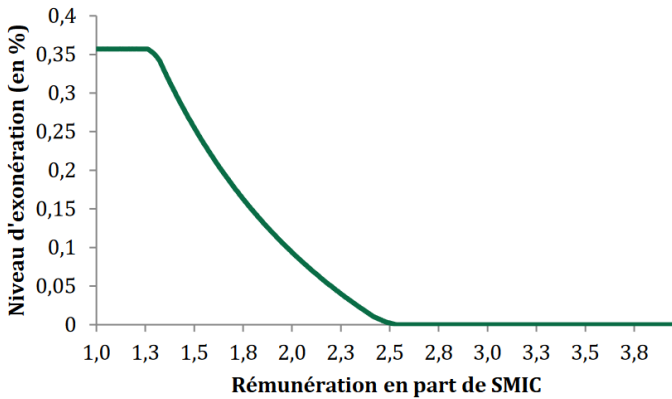
La mission avait également réalisé d'autres estimations fondées sur la transposition du scénario central de réforme des allègements généraux proposé par le rapport « Bozio-Wasmer » ⁽¹⁾, puis par l'article 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 dans sa rédaction initiale. Ces simulations reposaient sur une diminution de 2 points ou de 4 points du taux maximal d'exonération. Toutefois, cette réduction des exonérations applicables aux bas salaires n'a finalement pas été retenue dans le cadre de la réforme des allègements généraux. Par ailleurs, le régime juridique de l'exonération Lodeom a été disjoint de celui de la réduction générale dégressive, tempérant ainsi le besoin de transposer strictement la réforme des exonérations de droit commun aux dispositifs ultramarins (*cf. infra*).

2. Le scénario de **refonte structurelle** élaboré par les inspections générales consistait quant à lui :

- à fusionner les différents barèmes d'exonération en vigueur pour appliquer les exonérations à l'ensemble des entreprises des territoires concernés ;
- à fusionner l'exonération Lodeom avec les bandeaux maladie et famille ;
- à n'appliquer le taux d'exonération maximal qu'aux rémunérations inférieures ou égales à 1,3 ou 1,2 fois le Smic (au lieu de 1,4 voire 2 fois le Smic dans les barèmes en vigueur) ;
- à fixer le point de sortie du nouveau dispositif à 2,5 Smic.

(1) Antoine Bozio et Etienne Wasmer, Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire, octobre 2024.

**PROFIL ILLUSTRATIF DU BARÈME UNIQUE DU SCÉNARIO STRUCTUREL PROPOSÉ PAR
LES CORPS D'INSPECTION**



Source : IGF et Igas, rapport précité, p. 32.

Les barèmes illustratifs élaborés par la mission permettaient d'envisager une économie comprise entre 138 millions d'euros (impliquant une augmentation du coût du travail de 0,9 %) et 308 millions d'euros (pour une hausse du coût du travail de 2,1 %) dans l'hypothèse où la fusion des dispositifs existants aurait été accompagnée d'une réduction de 2 ou de 4 points du taux maximal d'exonération au niveau du Smic.

Ces paramètres auraient cependant pu être modifiés en fonction de l'objectif poursuivi – suivant que l'on privilégie le rendement de la mesure ou le maintien de taux d'exonération plus avantageux pour les employeurs. En outre, le point de sortie envisagé par la mission – soit 2,5 Smic – était cohérent avec le scénario présenté dans le rapport Bozio-Wasmer mais pas avec celui finalement retenu dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

En toute hypothèse, par rapport à la récente réforme des allègements généraux, un scénario de cette nature aurait impliqué dans le cas de la Lodeom une simplification plus importante dans la mesure où la réduction du nombre des dispositifs se serait accompagnée de la suppression des barèmes différenciés en fonction des secteurs.

b. Les conclusions en partie divergentes d'un récent rapport parlementaire

• Après la publication de ce rapport, M. Christian Baptiste a, en sa qualité de rapporteur spécial de la commission des finances de l'Assemblée nationale sur les crédits de la mission *Outre-mer* du budget général de l'État, mené à son tour une évaluation portant sur le même objet ⁽¹⁾.

(1) Rapport d'information n° 1861 déposé en application de l'article 146 du Règlement par la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur l'évaluation des exonérations de cotisations sociales spécifiques aux outre-mer, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 septembre 2025.

Sans qu'il soit possible de résumer ici le contenu de ce rapport, l'on remarque qu'une partie des constats formulés dans celui-ci témoignent d'une convergence de vue entre son auteur et les inspections générales, en particulier s'agissant de la complexité inhérente au barème de ces dispositifs et du caractère très imparfait de leur mise en œuvre, qui traduit leur manque de lisibilité tant pour les entreprises que pour les administrations chargées du contrôle. Le rapporteur spécial soulignait notamment que 18,5 % des entreprises ne remplissaient pas la condition légale d'être à jour de leurs obligations sociales pour pouvoir bénéficier de ces dispositifs. Sur ce dernier point, il préconisait un renforcement des contrôles en vue d'une mise en conformité progressive avec le droit en vigueur. Il proposait en particulier que des remboursements échelonnés sur trois à cinq ans soient mis en œuvre en s'inspirant des mesures adoptées lors d'un redressement judiciaire ⁽¹⁾.

- Par ailleurs, si, à l'instar des inspections générales, le rapporteur spécial se prononçait en faveur d'une refonte des barèmes en vue d'une plus grande lisibilité, il recommandait toutefois de maintenir des points de sortie compatibles avec le maintien d'une éligibilité au dispositif pour les salaires des cadres, au motif que le recentrage du dispositif sur les rémunérations les plus faibles pourrait nuire à la montée en gamme des emplois ⁽²⁾.

3. Une cristallisation des régimes à l'occasion de la réforme des allègements généraux prévue par la dernière loi de financement

- Plusieurs ajustements ont été apportés au régime juridique du dispositif Lodeom à l'occasion de la réforme des allègements généraux de cotisations patronales mise en œuvre par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(1) Sur ce point, cf. les pages 41 à 45 et la recommandation n° 8 du rapport précité.

(2) Cf. notamment les recommandations n° 9 (qui concernent plus particulièrement le régime d'innovation et de croissance) et n° 11.

La réforme des allégements généraux de cotisations patronales de 2025

Compte tenu du coût croissant des exonérations de cotisations patronales et de leur incidence probable – quoique contestée par certaines analyses ⁽¹⁾ – sur la dynamique des salaires, la rédaction initiale du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 prévoyait une réforme de ces dispositifs consistant à :

- réduire de 2 points en 2025, puis de 2 points encore en 2026, le taux maximal d'exonération, c'est-à-dire le niveau d'allégement applicable au niveau du Smic ;
- réduire, en 2025, le point de sortie des réductions proportionnelles des cotisations d'assurance maladie (ou « bandeau maladie ») et d'allocations familiales (dite « bandeau famille ») respectivement de 2,5 Smic à 2,2 Smic et de 3,5 Smic à 3,2 Smic ;
- supprimer, en 2026, lesdites réductions proportionnelles tout en portant le point de sortie de la réduction générale dégressive de 1,6 Smic à 3 Smic.

La mise en œuvre d'un dispositif unique, accompagnée d'un lissage du taux d'exonération applicable aux différents niveaux de rémunération, devait d'abord favoriser la progression des salaires en diminuant les taux marginaux de prélèvement, c'est-à-dire l'augmentation du taux effectif de prélèvement à l'occasion d'une augmentation de salaire d'un montant déterminé. Elle devait notamment mettre fin aux effets de seuils tenant au caractère proportionnel des deux bandeaux, qui impliquait une chute brutale du taux d'exonération en cas de franchissement de leur point de sortie.

Outre les modifications décrites dans le présent commentaire, les principaux ajustements apportés à ladite réforme au cours de la navette parlementaire ont consisté :

- à supprimer la trajectoire de réduction du taux maximal d'exonération pour les rémunérations égales au Smic, tout en permettant au Gouvernement de définir ledit taux par voie réglementaire ;
- à fixer les points de sortie du bandeau maladie à 2,25 Smic et celui du bandeau famille à 3,3 Smic en 2025.

La combinaison de ces deux mesures a réduit le montant des économies liées à la réforme, d'abord estimé à 4 milliards d'euros dans le champ des régimes de base, à 1,6 milliard d'euros par an en 2025 et en 2026 – le rendement définitif étant conditionné, s'agissant de l'année 2026, à la forme que prendrait la formule de calcul de la réduction générale dégressive.

Finalement, les paramètres de celle-ci, qui ont été précisés par un décret du 4 septembre dernier⁽²⁾, se caractérisent notamment par le maintien du taux maximal d'exonération à son niveau actuel et par l'instauration d'un taux minimal d'exonération de 2 % jusqu'à 3 fois le Smic.

(1) Sur ce point, cf. rapport « Bozio-Wasmer », pp. 122-170.

(2) Article 1^{er} du décret n° 2025-887 du 4 septembre 2025 relatif aux modalités d'applications de différents dispositifs de réduction et d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale.

● Avant l'entrée en vigueur de ladite loi de financement de la sécurité sociale, les dispositions instituant l'exonération Lodeom applicable aux Antilles, en Guyane et à La Réunion comportaient un renvoi au régime juridique de la réduction générale de cotisations patronales, précisant que les premières portaient sur les mêmes cotisations que ladite réduction générale. Il s'ensuivait que la diminution

progressive du taux maximal d'exonération auquel cette dernière donne lieu aurait entraîné une réduction équivalente du taux applicable aux bénéficiaires de la Lodeom.

En outre, dans le cas des bénéficiaires des allègements de droit commun, la suppression des bandeaux famille et maladie prévue le 1^{er} janvier 2026 aurait été compensée par le relèvement du point de sortie de la réduction générale de cotisations patronales. Toutefois, le projet de loi ne prévoyait pas de relever concomitamment les seuils de sortie des exonérations spécifiques dont le bénéfice se cumule avec celui des bandeaux, de sorte que leur suppression aurait entraîné la perte de l'avantage comparatif de ces exonérations.

Aussi le Gouvernement sollicitait-il l'habilitation du Parlement à réformer par ordonnance les exonérations spécifiques de cotisations patronales précitées. La formulation particulièrement large de cette habilitation et le contexte dans lequel celle-ci était demandée – marqué par la publication du rapport précité des inspections générales – ont conduit le Parlement à préférer, durant la commission mixte paritaire chargée d'élaborer un texte commun aux deux assemblées, puis au cours de la nouvelle lecture, une rédaction restreignant sa portée ⁽¹⁾. Concomitamment, le texte issu des travaux parlementaires a cristallisé les bandeaux famille et maladie dans le seul cas des exonérations spécifiques, en prévoyant qu'ils continuent de s'appliquer aux bénéficiaires de celles-ci. Il a également disjoint le régime juridique de la Lodeom de celui de la réduction générale dégressive ⁽²⁾.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UNE RÉFORME PARAMÉTRIQUE VISANT À RAPPROCHER CES DISPOSITIFS DES ALLÈGEMENTS DE DROIT COMMUN

Par rapport aux constats et recommandations formulés par les inspections générales dont la teneur est restituée plus haut, le Gouvernement semble avoir fait le choix d'un aménagement des dispositifs en vigueur plutôt que de leur refonte. Aussi, les modifications proposées par cet article semblent-elles inspirées de certaines des évolutions paramétriques imaginées par les corps d'inspection.

(1) *La rédaction initiale de l'habilitation figurant au V de l'article 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale au stade de son dépôt prévoyait que le Gouvernement fût autorisé à modifier « les règles de calcul et de déclaration [des exonérations spécifiques susmentionnées] en vue de tenir compte des conséquences sur l'emploi de ces règles, ainsi que des évolutions rendues nécessaires par l'entrée en vigueur des dispositions du présent article afin de respecter les crédits votés en loi de finances, pour l'année 2025 ». La rédaction finale de cet article autorisait le Gouvernement à modifier les règles de calcul de ces exonérations, afin de corriger les cas où, à compter du 1er janvier 2026, la somme de celles-ci et des bandeaux famille et maladie deviendrait moins favorable que la réduction générale dégressive pour certains niveaux de revenu d'activité. Elle précisait que ces corrections ne pourraient avoir pour effet de rendre la réduction moins favorable pour d'autres niveaux de revenu d'activité. Cf. le IX de l'article 18 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.*

(2) Cf. l'article 18 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 précitée et les travaux préparatoires de celles-ci, notamment le rapport n° 869 fait par MM. Thibault Bazin, Guillaume Florquin, Louis Boyard, Mme Sandrine Runel et M. Philippe Vigier au nom de la commission des affaires sociales, en nouvelle lecture, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, modifié par le Sénat, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 janvier 2025, pp. 50-56.

1. La suppression du dispositif particulier applicable à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, qui bénéficieraient dorénavant du régime commun aux départements antillais, à la Guyane et à La Réunion

L'article propose tout d'abord de supprimer le régime spécifique applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, en intégrant ces territoires au dispositif mis en œuvre en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane et à La Réunion. Pour ce faire :

– le **a** et le **b** du **1°** du **B** du **I** modifient l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, qui prévoit le régime en vigueur dans ces derniers territoires, pour étendre son application à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin ;

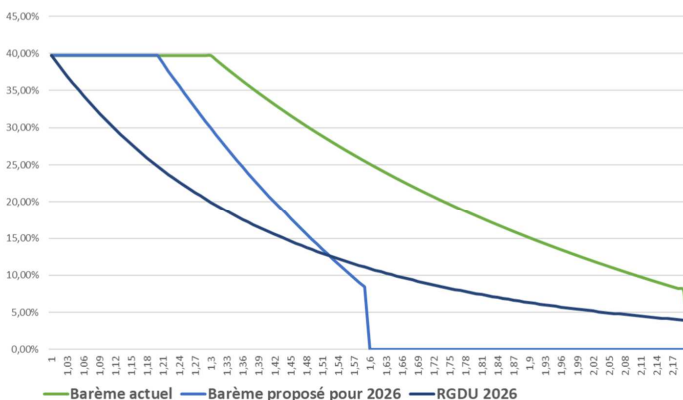
– le **2°** du **I** abroge l'article L. 752-3-3 du même code, qui fixe le régime propre à ces deux collectivités.

2. La réduction des seuils des barèmes de compétitivité et de compétitivité renforcée

● Par ailleurs, l'article procède à une réforme paramétrique des barèmes de compétitivité et de compétitivité renforcée consistant à diminuer les niveaux de rémunération à partir desquels l'allègement auxquels ceux-ci donnent lieu devient dégressif, puis nul.

Dans le cas du barème de compétitivité, il est proposé de réduire le seuil d'exonération maximale, au-delà duquel l'exonération devient dégressive, en le ramenant de 1,3 Smic à 1,2 Smic et d'abaisser le seuil de sortie de 2,2 Smic à 1,6 Smic (**i** du **c** du **1°** du **B** du **I**, modifiant le A de l'article L. 752-3-2 précité).

ILLUSTRATION DE LA RÉFORME DU BARÈME DE COMPÉTITIVITÉ



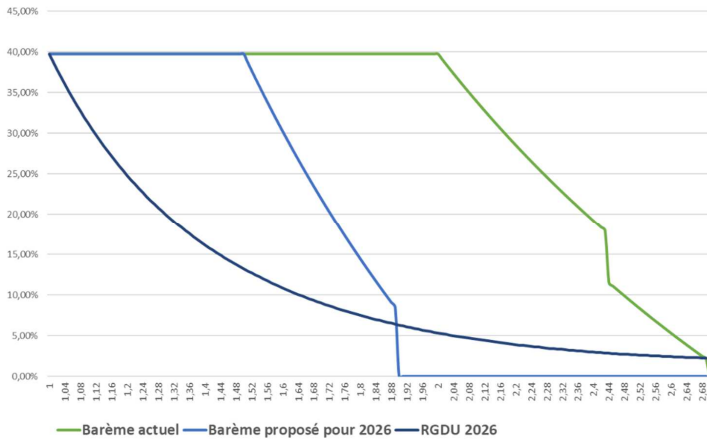
Note : RGDU : réduction générale dégressive unique, soit l'appellation que donne l'annexe 9 aux allègements généraux de droit commun dans leur forme renouvelée.

Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 52.

● Concernant le barème de compétitivité renforcée, il est proposé de réduire le seuil d'exonération maximale de 2 Smic à 1,5 Smic et le seuil de sortie de

2,7 Smic à 1,9 Smic (*ii* du *c* du **1°** du **B** du **I**, modifiant le cinquième alinéa du B de l'article L. 752-3-2 précité).

ILLUSTRATION DE LA RÉFORME DU BARÈME DE COMPÉTITIVITÉ RENFORCÉE



Source : ibid.

- Ces modifications auraient pour effet de diminuer l'avantage comparatif des dispositifs concernés par rapport aux allègements généraux de droit commun tout en accentuant la dégressivité des deux barèmes, compte tenu du resserrement de la plage de rémunérations comprise entre le seuil d'exonération totale et le point de sortie.

L'incidence de la mesure serait toutefois tempérée par l'éligibilité à la réduction générale des cotisations patronales des rémunérations qui seraient exclues du champ d'application de l'exonération spécifique.

3. La suppression du régime d'innovation et de croissance

- Le *iii* du *c* du **1°** du **B** du **I** propose quant à lui de supprimer le barème d'innovation et de croissance, comme le recommandaient les inspections générales (proposition n° 6 du rapport précité).

SYNTHÈSE DES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX DISPOSITIFS LODEOM

Avant réforme Guadeloupe, Guyane, Martinique, la Réunion			Après réforme Guadeloupe, Guyane, Martinique, la Réunion, Saint Barthélemy et Saint Martin		
Barème « compétitivité »	Seuil d'exonération totale	1,3 SMIC	Barème « compétitivité »	Seuil d'exonération totale	1,2 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	1,3 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	1,2 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	2,2 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	1,6 SMIC
Barème « compétitivité renforcée »	Seuil d'exonération totale	2 SMIC	Barème « compétitivité renforcée »	Seuil d'exonération totale	1,5 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	2 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	1,5 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	2,7 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	1,9 SMIC
Barème « innovation et croissance »	Seuil d'exonération totale	1,7 SMIC	Supprimé	Seuil d'exonération totale	1,7 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	2,5 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient dégressive	2,5 SMIC
	Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	3,5 SMIC		Seuil à partir duquel l'exonération devient nulle	3,5 SMIC

Source : *ibid.*, p. 51.

• D'après le Gouvernement, si l'on ne prend pas en compte leur effet sur les recettes d'impôt sur les sociétés, les économies liées à l'ensemble de ces mesures atteindraient 350 millions d'euros, ce montant devant être minoré d'environ 10 millions d'euros en raison des pertes de recettes résultant de l'entrée de nouveaux salariés dans le champ d'application des allègements généraux (- 100 millions d'euros), ce dernier effet étant majoritairement compensé par la sortie des mêmes salariés des bandeaux famille et maladie dont la mise en œuvre est désormais corrélée aux exonérations spécifiques (+ 90 millions d'euros). L'effet de la mesure sur le produit de l'impôt sur les sociétés étant évalué à 20 % des économies théoriques qui résulteraient de celle-ci, son rendement total peut être évalué à 280 millions d'euros environ.

II. LE RECENTRAGE DE L'EXONÉRATION EN FAVEUR DES JEUNES ENTREPRISES INNOVANTES

A. LE DROIT EXISTANT : LE RÉGIME SOCIAL ET FISCAL DÉROGATOIRE APPLICABLE AUX JEUNES ENTREPRISES INNOVANTES A ÉTÉ RÉCEMMENT RÉFORMÉ

1. Le dispositif en faveur des jeunes entreprises innovantes mobilise le levier social pour favoriser l'innovation dans certaines petites et moyennes entreprises

Les jeunes entreprises innovantes (JEI), les jeunes entreprises de croissance (JEC) et les jeunes entreprises universitaires (JEU) sont de petites et moyennes entreprises (PME) caractérisées par une activité importante de recherche et développement et qui bénéficient de dispositifs sociaux et fiscaux dérogatoires.

● Depuis les modifications apportées à ce dispositif par la loi de finances pour 2024 ⁽¹⁾, est qualifiée de jeune entreprise innovante (JEI) une entreprise qui, à la clôture de son exercice ⁽²⁾ :

- emploie moins de 250 personnes ;
- réalise un chiffre d'affaires inférieur à 50 millions d'euros ou enregistre un bilan inférieur à 43 millions d'euros ;
- a été créée depuis moins de huit ans ;
- a réalisé des dépenses de recherche représentant au moins 20 % de ses charges fiscalement déductibles au titre de cet exercice ;
- est détenue directement ou indirectement à 50 % au moins par des personnes physiques ou par des sociétés d'investissement (sociétés de capital-risque, fonds communs de placement à risque, fonds professionnels de capital investissement, sociétés financières d'innovation), des associations reconnues d'utilité publique à caractère scientifique, des établissements publics de recherche ou une société elle-même qualifiée de jeune entreprise innovante ;
- n'a pas été créée dans le cadre d'une concentration, d'une restructuration, d'une extension d'activités préexistantes ou d'une reprise de telles activités.

● Créées en 2008, les jeunes entreprises universitaires constituent une catégorie particulière de JEI. Elles présentent la particularité de n'être pas soumises à la condition relative à la part des dépenses de recherche et développement. En contrepartie, pour être éligible à ce statut, une entreprise doit :

- être détenue à hauteur de 10 % au moins par des étudiants, des personnes titulaires depuis moins de cinq ans d'un diplôme conférant le grade de master ou d'un doctorat, ou des personnes affectées à des activités d'enseignement ou de recherche ;
- avoir pour activité principale la valorisation de travaux de recherche auxquels ses dirigeants ou ses associés ont participé au sein d'un établissement d'enseignement supérieur.

● La loi de finances pour 2024 a créé la catégorie des jeunes entreprises de croissance (JEC) ⁽³⁾. Celles-ci remplissent les mêmes conditions que les JEI sauf en ce qui concerne la part des dépenses de recherche et développement dans leur bilan, laquelle est comprise entre 5 % et 20 % ⁽⁴⁾. Pour être qualifiée de JEC au cours d'un

(1) Article 69 de la loi n° 2023-1322 du 29 décembre 2023 de finances pour 2024.

(2) Article 44 sexies-0 A du code général des impôts. Les critères d'éligibilité à ce dispositif étaient initialement plus larges.

(3) Article 44 de la loi n° 2023-1322 du 29 décembre 2023 de finances pour 2024.

(4) c du 3° de l'article 44 sexies-0 A du code général des impôts.

exercice déterminé, une entreprise doit de surcroît satisfaire plusieurs critères de performance économique définis par voie réglementaire :

– son effectif doit avoir augmenté d’au moins 100 % et d’au moins dix salariés, par rapport à celui constaté à la clôture de l’antépénultième exercice ;

– le montant de ses dépenses de recherche au cours de cet exercice doit être au moins égal à celui de l’exercice précédent ⁽¹⁾.

- Ces entreprises bénéficient de dispositifs fiscaux et sociaux dérogatoires.

En premier lieu, en application de l’article 44 *sexies* A du code général des impôts, les jeunes entreprises innovantes créées avant le 31 décembre 2023 sont exonérées d’impôt sur le revenu ou d’impôt sur les sociétés pour leur premier exercice bénéficiaire et se voient appliquer un abattement de 50 % sur les bénéfices qu’elles dégagent lors de l’exercice suivant cette période d’exonération. Sur délibération, les communes et leurs groupements peuvent également, en application des articles 1466 D et 1383 D du code général des collectivités territoriales, exonérer pour une durée de sept ans les JEI créées avant le 31 décembre 2025 de cotisation foncière des entreprises (CFE) et de taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB).

La composante fiscale du dispositif JEI a été réformée par la loi de finances pour 2024. Aussi, l’exonération d’impôt sur le revenu et d’impôt sur les sociétés ne s’applique plus aux entreprises créées à compter du 1^{er} janvier 2024. En revanche, la souscription au capital de ces entreprises ouvre désormais droit à une réduction de l’impôt sur le revenu au titre de la « réduction Madelin » ou « IR-PME » ⁽²⁾. Cette modification du régime de soutien aux jeunes entreprises procédait notamment du constat de la faible pertinence de l’exonération d’imposition sur les bénéfices compte tenu du résultat déficitaire de la majorité d’entre elles ⁽³⁾.

D’autre part, en application de l’article 131 de la loi de finances pour 2004, les revenus d’activité versés aux salariés des JEI et aux mandataires sociaux participant à titre principal aux projets de recherche sont exonérés de cotisations à la charge de l’employeur, dans la double limite de la part des cotisations dues pour la part de rémunération inférieure à 4,5 fois le Smic ⁽⁴⁾.

(1) Décret n° 2024-464 du 24 mai 2024 relatif à la définition des indicateurs de performance économique prévus au c du 3° de l’article 44 *sexies*-0 A du code général des impôts.

(2) I à V de l’article 199 *terdecies*-0 A du code général des impôts

(3) Cf. l’exposé sommaire de l’amendement n° 1-5432 de M. Paul Midy et plusieurs de ses collègues au projet de loi de finances pour 2024 lors de son examen en première lecture par l’Assemblée nationale : « si le dispositif d’ensemble est jugé globalement efficace, l’exonération d’imposition sur les bénéfices qu’il confère est en revanche peu adaptée. En effet, elle s’applique aux JEI créées depuis moins de huit ans. Or les JEI, du fait de leur jeune âge, sont majoritairement déficitaires : seules quatre JEI sur dix dégagent un bénéfice de leur activité, rendant une exonération d’impôt sur les bénéfices peu pertinente. »

(4) Ce double plafonnement a été introduit par l’article 175 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011. En revanche, la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014 a supprimé la dégressivité de l’exonération dans le temps qui s’appliquait jusqu’alors à compter de la quatrième année.

- La composante sociale du dispositif de soutien à ces entreprises présente la particularité de donner lieu à un montant d'exonération bien plus important que les allègements généraux tout en s'appliquant à une échelle de rémunérations plus étendue.

À titre illustratif, pour un salarié dont la rémunération est égale 1,3 fois le Smic, l'exonération JEI diminuait le coût du travail de 2 143 euros en 2024, soit un montant plus de deux fois supérieur au montant de l'exonération procurée par la réduction générale. Le point de sortie de cette exonération est de surcroît plus élevé que celui des allègements généraux et, à plus forte raison, de celui de la réduction générale des cotisations patronales : il s'établit à 4,5 Smic, soit 8 100 euros bruts par mois en 2025, contre 3,3 Smic pour le « bandeau famille », soit 5 940 bruts, et 1,6 Smic pour la réduction générale, soit 2 880 euros bruts.

- Par ailleurs, le coût du dispositif – compensé à la sécurité sociale par des crédits de la mission *Recherche et enseignement supérieur* du budget général de l'État – a régulièrement augmenté, passant de 140 millions d'euros en 2014 à 263 millions d'euros en 2024 ⁽¹⁾.

2. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a recentré le dispositif JEI sur les entreprises dont l'activité de recherche et développement est la plus conséquente

- Compte tenu du coût croissant de ce dispositif et de son application à des rémunérations excédant la cible habituelle des exonérations de cotisations sociales, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 prévoyait initialement de restreindre celui-ci aux seules jeunes entreprises universitaires, pour une économie estimée à 300 millions d'euros ⁽²⁾. Le texte adopté a finalement prévu de limiter son bénéfice aux entreprises consacrant au moins 15 % de leurs dépenses à la recherche et au développement, contre 20 % auparavant ⁽³⁾.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UN NOUVEAU RESSERREMENT DU CHAMP D'APPLICATION DE L'EXONÉRATION

- Dans le prolongement de la modification opérée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, le **III** relève de 20 % à 25 % la part des dépenses de recherche et développement ouvrant droit aux statuts de JEI (*a* du 3° de l'article 44 *sexies*-0 A du code général des impôts) et de JEC (*c* du 3° du même article), pour une économie évaluée à 25 millions d'euros.

(1) Annexe 2 du Placss 2024, p. 172.

(2) Article 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 et annexe 9 dudit projet de loi, pp. 40-41.

(3) Article 22 de la loi n° 2025-199 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

III. LA SUPPRESSION DE L'EXONÉRATION DE COTISATIONS SALARIALES EN FAVEUR DES APPRENTIS

A. LE DROIT EXISTANT : LES APPRENTIS BÉNÉFICIENT D'UNE EXONÉRATION DE COTISATIONS SALARIALES SUR UNE PARTIE DE LEUR RÉMUNÉRATION

1. La rémunération des apprentis fait l'objet d'un encadrement légal et réglementaire qui tient compte de la nature particulière de l'apprentissage en tant que mode de formation

- Le contrat d'apprentissage est un contrat de travail d'un type particulier conclu entre un apprenti ou son représentant légal et un employeur. Outre le versement d'une rémunération, ce dernier est tenu de prodiguer une formation professionnelle complète à l'apprenti, celle-ci étant dispensée pour partie dans l'entreprise et pour partie dans un centre de formation d'apprentis (CFA) ou dans une section d'apprentissage d'un établissement d'enseignement ⁽¹⁾.

La rémunération des apprentis est encadrée par la loi et le règlement, qui fixent un montant minimal en fonction de l'âge de l'apprenti et de l'ancienneté de son contrat. Aussi, sous réserve de dispositions contractuelles ou conventionnelles plus favorables, l'apprenti ne peut percevoir un salaire inférieur à un montant déterminé en pourcentage du salaire minimum de croissance (Smic) et variant en fonction de l'âge du bénéficiaire et de sa progression dans le ou les cycles de formation faisant l'objet de l'apprentissage ⁽²⁾.

- Le tableau suivant présente les seuils de rémunération applicables en 2025.

(1) Article L. 6221-1 du code du travail.

(2) Article L. 6222-27 du code du travail.

SALAIRE MINIMUM RÉGLEMENTAIRE D'UN APPRENTI

(Smic de 2025)

Situation	16 à 17 ans	18 à 20 ans	21 à 25 ans	26 ans et plus
Première année	27 % du Smic soit 486,49 euros	43 % du Smic, soit 774,77 euros	Salaire le plus élevé entre 53 % du Smic, soit 954,95 euros, et 53 % du salaire minimum conventionnel correspondant à l'emploi occupé	Salaire le plus élevé entre le Smic (1 801,80 euros) et le salaire minimum conventionnel correspondant à l'emploi occupé
Deuxième année	39 % du Smic, soit 702,70 euros	51 % du Smic, soit 918,92 euros	Salaire le plus élevé entre 61 % du Smic, soit 1 099,10 euros, et 61 % du salaire minimum conventionnel correspondant à l'emploi occupé	
Troisième année	55 % du Smic, soit 990,99 euros	67 % du Smic, soit 1 207,21 euros	Salaire le plus élevé entre 78 % du Smic, soit 1 405,40 euros, et 78 % du salaire minimum conventionnel correspondant à l'emploi occupé	

Source : article D. 6222-26 du code de la sécurité sociale.

2. Plusieurs dispositifs dérogatoires limitent les prélèvements applicables à cette rémunération, dont une exonération de cotisations salariales réformée par la dernière loi de financement de la sécurité sociale

● Dans le but de soutenir le pouvoir d'achat des apprentis et de favoriser le recours à ce mode de formation, des exonérations de prélèvements sociaux et d'impôt sur le revenu ont été instaurés à leur profit.

Dans le cadre des revues de dépenses mises en œuvre à compter de la fin de l'année 2023, les inspections générales des finances (IGF) et des affaires sociales (Igas) ont évalué les dépenses publiques en faveur de l'apprentissage et de la formation professionnelle, y compris les dispositifs affectant les cotisations et les contributions sociales à la charge des apprentis et de leurs employeurs ⁽¹⁾. Les propositions formulées à cette occasion ont notamment inspiré un resserrement, opéré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, des exonérations de cotisations salariales et de l'exemption d'assiette des contributions sociales dont bénéficiaient les apprentis.

a. Une exemption désormais partielle de l'assiette de la CSG et de la CRDS

Jusqu'en 2025, les apprentis bénéficiaient d'une exonération de CSG et de CRDS sur l'ensemble de leur rémunération. La dernière loi de financement de la sécurité sociale a assujéti aux contributions sociales la part de cette rémunération excédant 50 % du salaire minimum, tout en limitant l'application de cette nouvelle règle aux contrats d'apprentissage conclus à partir du 1^{er} mars 2025 pour ne pas

(1) IGF et Igas, Revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle, mars 2024. Cf. notamment les pages 15 à 17 s'agissant de l'exonération de l'impôt sur le revenu et des prélèvements sociaux.

affecter les conditions de rémunération des apprentis après le début de leur contrat ⁽¹⁾. Concrètement, la fraction du revenu supérieure à 50 % du Smic – soit 713 euros nets par mois en 2025 – est soumise à la CSG sur les revenus d'activité au taux de 9,2 % et à la CRDS au taux de 0,5 %. Les recettes supplémentaires pour la sécurité sociale au cours d'une année pleine étaient estimées à 360 millions d'euros ⁽²⁾, le coût total de cette exemption ayant atteint 1,2 milliard d'euros en 2024 ⁽³⁾.

Ce régime demeure dérogatoire, dans la mesure où les revenus des salariés sont assujettis à ces prélèvements dès le premier euro versé et où les gratifications des stagiaires le sont à partir de 15 % du plafond horaire de la sécurité sociale par heure de stage effectuée ⁽⁴⁾.

Au surplus, il convient de relever que, si le paiement des contributions sociales n'emporte pas l'acquisition de droits contributifs, celles-ci concourent au financement de prestations dont bénéficient les apprentis – notamment les allocations de l'assurance chômage ⁽⁵⁾. Plus généralement, l'instauration de la CSG poursuivait un objectif d'universalisation du financement de la sécurité sociale – qui répondait lui-même à l'universalisation du bénéfice de celle-ci – auquel contrevient le mitage de l'assiette de ces contributions.

b. Un plafond d'exonération de cotisations salariales abaissé

● Historiquement, plusieurs régimes dérogatoires ont réduit les cotisations salariales et patronales versées dans le cadre d'un contrat d'apprentissage ⁽⁶⁾.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a réformé ces dispositifs :

(1) 7° du II de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale et V de l'article 22 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025. Les inspections générales avaient quant à elles proposé d'assujettir la totalité de la rémunération des apprentis à la CRDS.

(2) Annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 43.

(3) Annexe 2 du Placss 2024, p. 97. Ce dispositif étant antérieur à 1994, son coût n'est pas compensé à la sécurité sociale.

(4) b du 1° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale. On relèvera cependant que l'allocation en faveur des lycéens de la voie professionnelle dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel fait l'objet d'une exemption d'assiette (cf. le f du 1° du III de l'article L. 136-1-1 précité résultant de l'article 10 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024), de même que la rémunération des stagiaires de la formation professionnelle continue ou celle des personnes à la recherche d'un emploi et des travailleurs non-salariés effectuant un stage rémunéré par l'État ou la région (cf. le c du 1° du III de l'article L. 136-1-1 précité).

(5) Une fraction de CSG correspondant à un taux de 1,47 % a été affectée à l'Unedic par l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 pour compenser la suppression de la cotisation salariale d'assurance chômage, auparavant prélevée au taux de 2,4 %.

(6) Dès 1979 (le contrat d'apprentissage ayant été créé en 1971), une prise en charge par l'État des cotisations patronales à la charge des entreprises de moins de onze salariés et des artisans a été mise en œuvre. Des règles dérogatoires d'assiette ont également été instaurées. Pour une présentation historique de ces dispositifs, cf. annexe 2 du Placss 2024, pp. 95-96.

– en supprimant l'exonération spécifique de cotisations patronales pour les employeurs d'apprentis dans le secteur privé ⁽¹⁾, auxquels s'applique dorénavant la réduction générale de cotisations patronales dans les conditions de droit commun ⁽²⁾. L'exonération spécifique est toutefois maintenue pour les employeurs qui ne bénéficient pas de l'allègement général – ce qui est le cas dans le secteur public – et qui sont ainsi exonérés de la totalité des cotisations patronales d'origine légale ou conventionnelle, hormis celles dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles ⁽³⁾ ;

– en limitant la part de la rémunération des apprentis exonérée de la totalité des cotisations salariales, en prévoyant que ce plafond soit défini par décret ⁽⁴⁾. Aussi, depuis 2019, les apprentis étaient assujettis aux cotisations salariales pour la fraction de leur rémunération excédant 79 % du Smic ⁽⁵⁾.

● Puis, conformément aux préconisations formulées à l'occasion de la revue de dépenses précitée, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a réduit à 50 % du Smic la part de la rémunération des apprentis exonérée de toute cotisation salariale ⁽⁶⁾. Le Gouvernement avait d'abord envisagé d'abaisser ce plafond par voie réglementaire sans modifier la disposition législative prévoyant cette exonération ⁽⁷⁾, avant qu'un amendement adopté lors de l'examen du projet de loi au Sénat et conservé lors de la suite de la navette parlementaire n'inscrive le nouveau plafond dans la loi ⁽⁸⁾. En outre, à l'instar de la solution retenue dans le cas de l'exemption d'assiette de contributions sociales, l'application de cette mesure a été limitée aux contrats d'apprentissage conclus à compter du 1^{er} mars 2025 ⁽⁹⁾.

La réduction de cette exonération paraissait d'abord justifiée au regard du caractère contributif des cotisations salariales et de l'acquisition de droits sociaux par les apprentis. On peut notamment relever que les trimestres passés en apprentissage sont pris en compte pour le calcul des droits à pension, dans des conditions au demeurant plus favorables que le droit commun : depuis 2014, chaque trimestre passé en apprentissage donne automatiquement droit à un trimestre de durée d'assurance, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) prenant à sa charge, s'il y a lieu, le versement d'un complément de cotisations d'assurance vieillesse pour permettre cette validation ⁽¹⁰⁾. On peut aussi noter qu'à la faveur du développement

(1) Article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(2) Premier alinéa du II de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 6227-8-1 du code du travail.

(4) Article L. 6243-2 du code du travail dans sa rédaction issue de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale.

(5) Article D. 6243-5 du code du travail dans sa rédaction issue du décret n° 2018-1357 du 28 décembre 2018 relatif aux modalités d'application de certains dispositifs d'exonérations ciblées de cotisations sociales.

(6) I de l'article 23 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 et décret n° 2025-290 du 28 mars 2025 relatif à l'abaissement du seuil d'exonération des cotisations salariales des apprentis.

(7) Annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 41.

(8) Amendement n° 1213 de Mme Frédérique Puissat (groupe Les Républicains).

(9) II de l'article 23 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

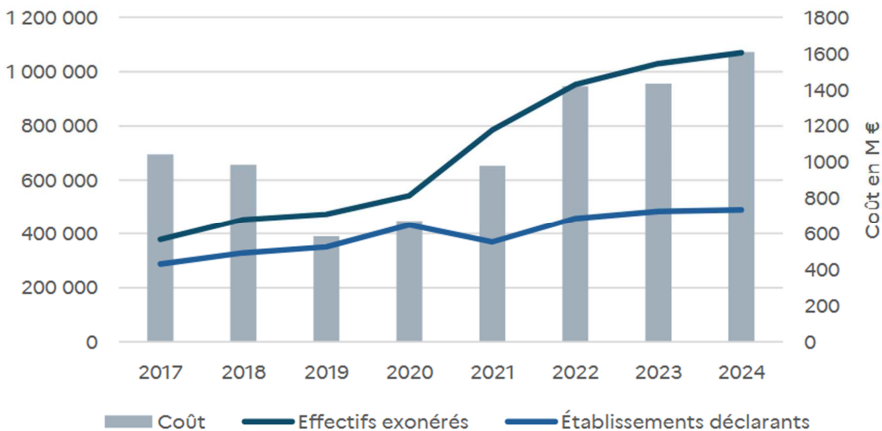
(10) Deuxième alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail.

de ce mode de formation, les allocataires sortant d'un contrat d'apprentissage représentaient 1 % de la dépense totale d'indemnisation du chômage en 2021 alors même qu'ils n'avaient pas contribué au financement de ce régime ⁽¹⁾.

Par ailleurs, le régime social applicable aux apprentis demeure après cette modification plus favorable que celui dont bénéficient les stagiaires, lesquels sont assujettis aux cotisations salariales dans les mêmes conditions qu'à la CSG et à la CRDS – *cf. supra* –, et à plus forte raison que les dispositions applicables aux revenus d'activité des salariés, qui y sont assujettis dès le premier euro. À titre illustratif, un apprenti dont la rémunération mensuelle n'excède pas la moitié du salaire minimum n'est assujetti ni à la CSG-CRDS, ni aux cotisations salariales, quand un salarié employé à mi-temps et rémunéré sur la base du Smic s'acquitte de 9,7 points de contributions sociales et d'environ 11 points de cotisations sur ses revenus d'activité. De manière analogue, un apprenti rémunéré au Smic s'acquitte de cotisations et de contributions sociales uniquement sur la part de sa rémunération excédant la moitié de celui-ci, alors que ces prélèvements pèsent sur l'ensemble de la rémunération d'un salarié percevant le même salaire brut.

En outre, on peut relever que malgré la mise en œuvre en 2019 d'une première réforme des exonérations de cotisations sociales en faveur des apprentis et de leurs employeurs, les pertes de recettes liées à ces dispositifs ont augmenté à la faveur du développement de l'apprentissage, pour atteindre 1,6 milliard d'euros en 2024 dans le périmètre des administrations de sécurité sociale (Asso) – ce montant ne tenant pas compte des exonérations dont bénéficient les employeurs du secteur privé au titre de la réduction générale de cotisations patronales.

PERTES DE RECETTES RÉSULTANT DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS SOCIALES APPLICABLES À LA RÉMUNÉRATION DES APPRENTIS, DANS LE PÉRIMÈTRE DES ASSO



Source : annexe 2 du Placss 2024, p. 97.

(1) IGF et Igas, rapport précité, p. 17.

Le coût de cette exonération est compensé à la sécurité sociale par des dotations de la mission *Travail et emploi* du budget général de l'État.

• Les simulations réalisées dans le cadre de la revue de dépenses précitée montraient aussi que les effets de l'abaissement du plafond d'exonération seraient logiquement concentrés sur les apprentis percevant les rémunérations les plus élevées et qu'il épargnerait de ce fait les plus jeunes d'entre eux, compte tenu des critères d'âge et de niveau de formation présidant à l'élaboration de la grille reproduite plus haut.

ESTIMATION DE L'INCIDENCE D'UNE MODULATION DU TAUX D'EXONÉRATION DES RÉMUNÉRATIONS D'APPRENTIS DE COTISATIONS SOCIALES SUR LE REVENU NET DES APPRENTIS

(en euros)

Année de contrat	Age	Montant en euros perçu par l'apprenti avec exonération à 79 % du SMIC	Montant en euros perçu par l'apprenti avec exonération à 50 % du SMIC	Perte induite pour l'apprenti en euros	Surcoût brut pour l'employeur en cas de compensation de la perte apprenti, en euros
1 ^{ère} année	16 à 17 ans	471,74	471,74	0,00	0,00
	18 à 20 ans	751,30	751,30	0,00	0,00
	21 à 25 ans	926,02	920,02	5,93	6,60
	26 ans et plus	1 705,70	1 648,40	57,31	63,79
2 ^{ème} année	16 à 17 ans	681,41	681,14	0,00	0,00
	18 à 20 ans	891,07	889,10	1,98	2,20
	21 à 25 ans	1 065,79	1 044,06	21,74	24,20
	26 ans et plus	1 705,70	1 648,40	57,31	63,79
3 ^{ème} année	16 à 17 ans	960,96	951,08	9,88	11,00
	18 à 20 ans	1 170,62	1 137,03	33,59	37,39
	21 à 25 ans	1 362,82	1 307,49	55,33	61,59
	26 ans et plus	1 705,70	1 648,40	57,31	63,79

Source : IGF et Igas, rapport précité, annexe III, p. 21. Les montants indiqués correspondent au Smic applicable en 2024.

c. Une exonération d'impôt sur le revenu maintenue malgré les critiques formulées par les corps d'inspection

La rémunération des apprentis est également exonérée d'impôt sur le revenu dans la limite d'un Smic annuel – soit 21 622 euros bruts en 2025. En conséquence, lorsque l'apprenti est rattaché au foyer fiscal parental, ses revenus ne sont pas pris en compte dans le calcul de l'impôt de ce dernier ⁽¹⁾.

Les inspections générales avaient souligné l'effet anti-redistributif de cette exonération – l'avantage tiré de ce dispositif par le foyer fiscal étant d'autant plus important que le revenu imposable de celui-ci est élevé – ainsi que son coût, estimé à 460 millions d'euros en 2023, soit 0,6 % du produit total de l'impôt sur le revenu et 2,8 % des dépenses publiques en faveur de l'apprentissage. En conséquence, la

(1) Article 81 bis du code général des impôts.

mission préconisait de supprimer cette exonération fiscale tout en modifiant les bases de ressources sur lesquelles sont définis l'éligibilité et le montant de certaines prestations – notamment les aides au logement – afin de préserver l'accès des apprentis à ces dernières ⁽¹⁾.

3. Le rapprochement de ces régimes avec le droit commun a participé d'un mouvement général de rationalisation des aides à l'apprentissage

Les évolutions apportées au régime social applicable à la rémunération des apprentis ont participé d'une réforme du financement de ce mode de formation.

Sans qu'il soit possible de détailler ici chacune des modifications apportées aux dispositifs en faveur de l'apprentissage et de la formation professionnelle depuis la réalisation de la revue de dépenses précitée, on relèvera que le montant maximum de l'aide exceptionnelle à l'embauche d'un apprenti, jusqu'alors fixée à 6 000 euros, a été réduit :

- à 5 000 euros dans le cas des entreprises de moins de 250 salariés ;
- à 2 000 euros dans les entreprises d'un effectif supérieur ⁽²⁾.

Par ailleurs, la loi de finances pour 2025 a prévu qu'une participation soit mise à la charge de l'employeur lors du recrutement d'un apprenti d'un niveau de formation égal ou supérieur à bac + 3 ⁽³⁾. Ladite participation a depuis été fixée à 750 euros ⁽⁴⁾.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : SUPPRIMER CETTE EXONÉRATION POUR LES NOUVEAUX APPRENTIS

• Dans le prolongement de la mesure prévue par la dernière loi de financement, le **II** supprime l'exonération spécifique de cotisations salariales applicable à la rémunération des apprentis en abrogeant l'article L. 6243-2 du code du travail qui prévoit ce régime dérogatoire.

Ladite rémunération serait donc assujettie à ces cotisations dès le premier euro versé, au même titre notamment que les revenus d'activité des salariés. Concrètement, les apprentis seraient soumis sur l'ensemble de leur revenu aux

(1) IGF et Igas, rapport précité, pp. 15-16.

(2) Décret n° 2025-174 du 22 février 2025 relatif à l'aide unique aux employeurs d'apprentis et à l'aide exceptionnelle aux employeurs d'apprentis. Ce montant est toutefois porté à 6 000 euros maximum pour les contrats conclus avec une personne reconnue travailleur handicapé.

(3) 1° du I de l'article L. 6332-14 du code du travail dans sa rédaction issue de l'article 192 de la loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025.

(4) Premier alinéa de l'article R. 6332-25-1, issu de l'article 1er du décret n° 2025-585 du 27 juin 2025 relatif à la prise en charge des actions de formation par apprentissage.

cotisations salariales d'assurance vieillesse de base – au taux de 7,30 % ⁽¹⁾ – et complémentaire – dont le taux s'élève à 4,01 %.

• Le **VI** limite l'effet de cette suppression aux contrats d'apprentissage conclus à partir du 1^{er} janvier 2026, de sorte que la rémunération nette des apprentis dont le contrat aura débuté avant cette date ne sera pas affectée, suivant une logique analogue à celle mise en œuvre par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

D'après le Gouvernement, cette mesure entraînerait un surcroît de recettes de 320 millions d'euros en 2026 puis de 1,2 milliard d'euros en 2027 ⁽²⁾. Son effet spontané sur les comptes sociaux serait toutefois nul dans la mesure où cette exonération donne lieu à une compensation par le budget de l'État.

L'exemption partielle de l'assiette de la CSG et de la CRDS ne serait quant à elle pas remise en cause – de même que l'exonération de l'impôt sur le revenu, dont la modification ne relèverait pas, en tout état de cause, de la loi de financement de la sécurité sociale. Le maintien de ces exonérations implique que les apprentis continueraient de bénéficier d'un régime dérogatoire au droit commun leur permettant de percevoir, pour une même rémunération brute, un revenu net supérieur à celui d'un salarié.

IV. L'EXONÉRATION AU TITRE DE L'AIDE À LA CRÉATION ET À LA REPRISE D'ENTREPRISE SERAIT RECENTRÉE SUR CERTAINS PUBLICS

A. LE DROIT EXISTANT : UN DISPOSITIF INITIALEMENT CONÇU POUR FAVORISER LA CRÉATION D'ENTREPRISES PAR DES PERSONNES PRIVÉES D'EMPLOI MAIS DÉSORMAIS ÉLOIGNÉ DE SON CHAMP D'APPLICATION ORIGINAIRE

• Créée en 1979, l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (Accre) était initialement conçue comme un dispositif de soutien financier aux nouveaux entrepreneurs sortant de période de recherche d'emploi ⁽³⁾.

Son champ d'application n'a cessé d'être étendu depuis sa création afin d'en élargir le bénéfice à d'autres publics prioritaires, tels que les jeunes âgés de moins de 26 ans ou les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), et soutenir la création ou la reprise d'entreprises. Le constat d'un décalage croissant entre l'objectif initial du dispositif – encore affiché par la dénomination d'« aide aux chômeurs » qu'elle revêtait avant 2018 – avait été posé notamment par MM. Jean-

(1) Dont 6,9 % dans la limite du plafond et 0,4 % sur la totalité de la rémunération. Cf. article D. 242-4 du code de la sécurité sociale.

(2) Annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 54.

(3) Loi n° 79-10 du 3 janvier 1979 portant diverses mesures en faveur des salariés privés d'emploi qui créent une entreprise.

Charles Taugourdeau et Fabrice Verdier qui, dans un rapport d'information de février 2013, avaient plus largement mis en évidence les limites de celui-ci ⁽¹⁾.

L'élargissement de cette exonération a été parachevé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ⁽²⁾, qui l'a transformée en une exonération en faveur de l'ensemble des créateurs et des repreneurs d'entreprise (Acre) dès lors que cette opération concerne :

- toute activité, y compris agricole, exercée à titre indépendant ;
- une activité exercée sous la forme d'une société à condition que le bénéficiaire en exerce effectivement le contrôle, qu'il s'agisse d'une activité relevant du régime général ou d'une activité de non-salarié agricole. Cette catégorie vise à inclure dans le dispositif les personnes gérant des entreprises et assimilées à des travailleurs salariés pour leur affiliation à la sécurité sociale ⁽³⁾.

● L'exonération porte sur les cotisations d'assurance maladie, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse et s'applique à la fraction des revenus inférieure au plafond annuel de la sécurité sociale (Pass). Sa mise en œuvre est limitée à un an ⁽⁴⁾.

En l'état du droit, les cotisations sont totalement exonérées lorsque le revenu ou la rémunération est inférieur ou égal à 75 % du Pass (35 325 euros en 2025). Au-delà de ce seuil de revenu ou de rémunération, le montant de l'exonération décroît linéairement et devient nul lorsque le revenu ou la rémunération atteint 1 Pass.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : RÉDUIRE L'AVANTAGE COMPARATIF DE CETTE EXONÉRATION TOUT EN LIMITANT LES PUBLICS ÉLIGIBLES

● L'article 9 propose de rapprocher cette exonération de son champ d'application originaire en recentrant celle-ci sur un ensemble de publics dont la situation justifie un soutien particulier. Le 1^o du A du I prévoit de limiter son bénéfice aux seules personnes appartenant aux catégories mentionnées à l'article L. 5141-1 du code du travail, soit :

- les demandeurs d'emploi indemnisés ;
- les demandeurs d'emploi non indemnisés inscrits à France Travail durant six mois au cours des dix-huit derniers mois ;

(1) Rapport d'information de MM. Jean-Charles Taugourdeau et Fabrice Verdier, fait au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, sur l'évaluation des dispositifs publics d'aide à la création d'entreprise, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 28 février 2013.

(2) Article 8 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(3) Premier alinéa du I de l'article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale.

(4) I de l'article D. 131-6-1 du code de la sécurité sociale.

– les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) ou du revenu de solidarité active (RSA) ;

– les personnes âgées de 18 ans à moins de 26 ans ;

– les personnes handicapées bénéficiant de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés âgés de moins de 30 ans ou qui ne remplissent pas la condition de durée d'activité antérieure pour ouvrir des droits à l'allocation d'assurance chômage ;

– les personnes salariées ou les personnes licenciées d'une entreprise soumise à une procédure collective qui reprennent tout ou partie d'une entreprise ;

– les personnes ayant conclu un contrat d'appui au projet d'entreprise pour la création ou la reprise d'une activité économique, sous réserve qu'elles remplissent l'une des conditions susmentionnées à la date de signature dudit contrat ;

– les personnes physiques créant ou reprenant une entreprise implantée au sein d'un quartier prioritaire de la politique de la ville.

● En outre, le 2° du A du I réduit le niveau de l'exonération applicable lorsque l'assiette sociale du bénéficiaire est inférieure ou égale à 75 % du Pass, soit 35 500 euros environ en 2025. En l'état du droit, le bénéficiaire est exonéré de la totalité des cotisations entrant dans le champ du dispositif. La division précitée de l'article 9 prévoit que le taux d'exonération soit fixé par voie réglementaire dans la limite de 25 % desdites cotisations.

La combinaison du resserrement du champ d'application de cette exonération spécifique et de la réduction de son niveau entraînerait une économie évaluée à 150 millions d'euros environ en 2026 et à 300 millions d'euros à compter de 2027 ⁽¹⁾. Sans réforme, le coût du dispositif s'élèverait à 500 millions d'euros l'année prochaine.

*

* *

(1) L'augmentation du rendement de la mesure entre les deux années résulterait de son élargissement aux micro-entrepreneurs, lequel interviendrait par voie réglementaire, de façon à respecter le principe d'équivalence établi par l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale entre cette catégorie particulière de travailleurs indépendants, qui bénéficient du régime micro-social, et ceux déclarant leurs revenus au réel.

Article 10

Simplifier la régulation du secteur des médicaments

Cet article apporte des précisions, à titre de validation, sur certains paramètres techniques de la clause de sauvegarde et de la contribution sur le chiffre d'affaires, objets de contentieux.

Il tend également à recentrer la clause de sauvegarde frappant les exploitants de médicaments (M) et de dispositifs médicaux (Z) sur son but de régulation en amont des dépenses de l'assurance maladie plutôt que comme source de rendement pour cette dernière :

- il fixe des montants M (30,6 milliards d'euros en 2025 et 26,65 milliards d'euros en 2026) et Z (2,19 milliards d'euros en 2026) à des niveaux tels que l'appel ne devrait pas se déclencher ;

- il intègre les déterminants de la clause qui génèrent des recettes dans ceux d'une autre contribution existante sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques.

I. LE DROIT EXISTANT

Dès lors que la clause de sauvegarde est révisée pratiquement chaque année, le rapporteur général reprend « par la force des choses » bien des développements écrits par ses prédécesseurs – naturellement en les mettant à jour et en distinguant ce qui relève de la description à plat ou de l'analyse personnelle. L'instabilité des mesures concernées est sous-optimale sous l'angle aussi bien juridique qu'économique.

Pour ne rien simplifier, ce qui sera désigné comme clause de sauvegarde (soit la contribution principalement définie à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale) et comme la contribution sur le chiffre d'affaires (soit celle relevant surtout de l'article L. 245-6 du même code) sont toutes deux des contributions et ont toutes deux le chiffre d'affaires pour assiette.

A. LA CLAUSE DE SAUVEGARDE

Conçue comme un mécanisme de maîtrise subsidiaire de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), la clause de sauvegarde s'est déclenchée de plus en plus systématiquement, d'où les réformes visant à clarifier son appel.

Elle regroupe deux impôts, décrits :

- à la section 1 du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale (articles L. 138-10 à L. 138-16) pour les médicaments (contribution M) ;

- à la section 4 du même chapitre (articles L. 138-19-8 à L. 138-19-13) pour les dispositifs médicaux (DM) (contribution Z).

1. Une corde de rappel de l'Ondam d'abord instituée pour les médicaments puis transposée aux dispositifs médicaux

- La clause de sauvegarde du médicament est un levier fiscal de régulation des dépenses d'assurance maladie, instauré il y a un quart de siècle ⁽¹⁾, reposant sur le principe suivant : lorsque le coût total des médicaments (du point de vue de l'assurance maladie, donc d'une partie des recettes de leurs exploitants) dépasse un seuil déterminé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), les entreprises du secteur sont collectivement redevables d'une contribution M.

Depuis six ans ⁽²⁾, ce seuil est déterminé par référence à un montant exprimé en valeur, remplaçant une variable posée comme un taux d'accroissement L de la dépense, lequel s'appliquait d'une part aux dépenses de ville et d'autre part à celles de l'hôpital. L'assiette de la clause a été progressivement élargie à l'ensemble des médicaments pris en charge, entièrement ou partiellement, par l'assurance maladie.

- La clause sur les dispositifs médicaux a été créée plus récemment ⁽³⁾. Avec le même but que celle du médicament, elle met à la charge des exploitants de ces produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, une contribution Z, dès lors que le montant des remboursements par la branche maladie, minoré des remises conventionnelles, est supérieur à un seuil Z exprimé en valeur par la LFSS.

- Ces deux composantes de la clause ont donc la particularité d'avoir un fait générateur et une assiette collectifs, tandis que la charge fiscale de chaque redevable dépend de son poids dans la base agrégée – et dans le seul cas du médicament, aussi de l'évolution de cette part au regard de l'exercice précédent.

Cela incite donc les industries à se saisir des outils de freinage infra-annuels de la dépense existants en concluant des accords portant sur le prix des médicaments avec les autorités de régulation soit au moment de leur mise sur le marché, soit lors de leur inscription au remboursement.

À défaut, elles risquent de dépasser collectivement le seuil M ou Z et d'être individuellement redevables d'une imposition qu'elles considèrent comme dissuasive, vu son rendement croissant et de l'imprévisibilité de sa répartition.

Les nombreuses réformes intervenues depuis 2015 n'ont pas remis en cause ses principes essentiels, validés par le Conseil constitutionnel tant au regard des principes d'égalité devant les charges publiques que de liberté contractuelle ⁽⁴⁾, alors même qu'ils dérogent très largement à bien des principes classiques de la fiscalité, comme l'appréciation individuelle de la capacité contributive.

(1) Article 31 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

(2) Article 21 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(3) Article 23 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(4) Conseil constitutionnel, décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, cons. 29 à 38.

2. Un rendement en hausse pour les médicaments mais nul pour les dispositifs médicaux

La clause de sauvegarde des médicaments était vue à l'origine une garantie en dernier recours de la trajectoire de l'Ondam, les mécanismes prioritaires devant prendre la forme de conventions entre la puissance publique – le Comité économique des produits de santé (Ceps) – et les redevables, régies par un accord-cadre conclu avec l'organisation Les entreprises du médicament (Leem).

● Le déclenchement de la clause de sauvegarde des médicaments tend à se systématiser depuis 2018, en cohérence avec la forte progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, dynamisé par la part croissante des médicaments innovants dans leur portefeuille. Ces produits sont commercialisés à un prix très onéreux et présentent une rentabilité bien supérieure aux médicaments les plus anciens, aussi appelés « matures ». Une telle évolution de la structure du marché induit une polarisation entre les médicaments anciens, d'usage courant, associés à une faible rentabilité et les médicaments innovants très fortement profitables. Dès lors, le caractère collectif du déclenchement de la clause de sauvegarde du médicament est régulièrement critiqué par les entreprises commercialisant des médicaments peu onéreux, à l'image notamment de l'association Générique même médicament (Gemme), qui n'hésite pas à parler d'un « *transfert de charge* ».

En dépit d'un relèvement significatif du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des médicaments depuis l'instauration du montant M, son rendement est croissant (de 76 millions d'euros en 2015 à 1,2 milliard d'euros en 2022 puis 1,6 milliard d'euros en 2023), ce qui en fait un outil utile, sinon au respect de l'Ondam, sinon à son moindre dépassement. L'État s'est engagé, à compter de 2023 (mesures rectificatives de la LFSS 2024), à plafonner à 1,6 milliard d'euros le produit, même si la prévisibilité d'un marché qui reste privé est loin d'être complète.

La valeur de M a successivement été fixée à :

- 23,99 milliards d'euros pour 2021 ;
- 24,50 milliards d'euros pour 2022 (+ 2,13 %) ;
- 24,60 milliards d'euros (+ 0,41 % au titre de la LFSS 2023) puis 24,90 milliards d'euros pour 2023 (+ 1,6 % après la révision de la LFSS 2024) ;
- 26,40 milliards d'euros pour 2024 (+ 1,22) ;
- 27,25 milliards d'euros (+ 9,4 % au titre de la LFSS 2025) puis serait rectifiée à 30,60 milliards d'euros pour 2025 (+ 22,9 % selon le PLFSS 2026).

● Inversement, la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux n'a jamais été déclenchée. Pour 2024, le Gouvernement n'anticipe toujours aucun produit et le montant Z serait respectivement de 2,31 milliards pour 2024 et de 2,26 milliards d'euros pour 2025.

3. L'assiette et le barème pour les médicaments

Jugées trop complexes et imprévisibles, les règles de la contribution M ont été harmonisées avec celles de la contribution Z, à compter de l'année à venir, par la LFSS 2024.

a. Les paramètres jusqu'en 2027

● Jusqu'en 2027, l'assiette pour le déclenchement de la clause de sauvegarde du médicament porte sur le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) réalisé au cours de l'année civile à laquelle se rapporte le montant M, minoré des remises d'accès dérogatoire et des remises conventionnelles spécifiques à certains produits (*cf. infra* le commentaire de l'article 11).

Le chiffre d'affaires retenu a été progressivement élargi et comprend :

- les médicaments remboursables dispensés en officine ;
- les médicaments pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, autrement appelés médicaments de la « liste en sus » ⁽¹⁾, et ceux vendus au détail par les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé à des malades non hospitalisés, inscrits sur la « liste de rétrocession » ;
- les médicaments ayant une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), au titre de l'accès compassionnel ⁽²⁾ ou précoce ⁽³⁾ ;
- les préparations de thérapie génique et de thérapie cellulaire xénogénique bénéficiant d'une autorisation d'importation et remboursées ⁽⁴⁾ ;
- les médicaments bénéficiant du dispositif d'accès direct ⁽⁵⁾ ;
- à compter du 1^{er} janvier 2024, les médicaments acquis par Santé publique France pour faire face aux menaces sanitaires graves ⁽⁶⁾, ainsi que les médicaments en fin de prise en charge au titre de l'accès précoce et bénéficiant d'une prise en charge dérogatoire et temporaire ⁽⁷⁾.

● Un barème progressif est ensuite appliqué de la manière suivante au chiffre d'affaires hors taxes net des remises :

(1) Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

(2) Articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique.

(3) Article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 5124-13 du code de la santé publique.

(5) Article 62 de la loi n° 2021 1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(6) Le IV de l'article 18 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoit que cette extension de l'assiette s'applique au titre des clauses de sauvegarde dues à compter de 2024. L'article 28 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 a toutefois exclu du champ de la contribution due au titre de cette même année 2024, les médicaments indiqués dans le traitement du covid-19 acquis au cours de ladite année.

(7) Article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale, créé par le 2° du II de l'article 76 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

- la part sous 1,005 fois le montant M est soumise à un taux de 50 % ;
- la part entre 1,005 et 1,01 fois M est soumise à un taux de 60 % ;
- la part au-dessus de 1,01 fois M est soumise à un taux de 70 % ⁽¹⁾.

● La contribution due collectivement par les entreprises du secteur est répartie à concurrence de 70 % de son montant entre les entreprises redevables au prorata de leur chiffre d'affaires respectif, et à concurrence de 30 % selon la progression du CAHT de chacune par rapport à l'année précédente ⁽²⁾.

Jusqu'en 2027, le montant de la contribution due par chaque entreprise est plafonné à 10 % du CAHT de chaque entreprise, pour garantir que le montant appelé ne dépasse pas la capacité contributive individuelle ⁽³⁾. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte de la scission ou de la fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

● Par ailleurs, un mécanisme d'abattement incite les entreprises à recourir aux conventions de remises de prix ou de baisses de prix net. Celles qui ont conclu avec le Ceps une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due, portant sur 90 % au moins du chiffre d'affaires retenu pour le calcul de l'assiette, peuvent signer un accord avec le Ceps prévoyant le versement de tout ou partie de leur contribution sous forme de remises de prix.

Lorsque ce versement représente au moins 95 % du montant de la contribution due, l'entreprise est exonérée de cette dernière, ce qui représente un abattement pouvant atteindre 5 % du montant de la contribution.

Si l'entreprise redevable de la contribution a, par convention avec le Ceps, consenti une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite, prenant effet au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, ce taux peut être abaissé jusqu'à 80 % ⁽⁴⁾, générant ainsi un abattement pouvant atteindre 20 % du montant de la contribution. Le montant de l'avantage consenti dépend de l'ampleur des économies générées pour les dépenses d'assurance maladie grâce à

(1) Article L. 138-12 du code de la sécurité sociale.

(2) Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'article 21 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, la contribution due par chaque entreprise redevable était répartie à hauteur de 50 % au prorata de son chiffre d'affaires et à hauteur de 50 % en fonction de la progression de celui-ci par rapport à l'exercice antérieur.

(3) L'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, codifié à l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, a instauré ce plafonnement du montant de la contribution M due par chaque entreprise redevable à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes au titre de l'ensemble des médicaments définis par l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. L'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, non codifié, a prévu qu'à titre dérogatoire et exceptionnel, le montant de la contribution M due au titre de l'année 2024 sera plafonné à 12 % du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments pris en compte dans le calcul de l'assiette. Ce plafond dérogatoire prévu pour l'année 2024 est donc inférieur à celui de droit commun prévu par l'article L. 138-12, qui s'appliquera à nouveau pour la contribution M due au titre de 2025.

(4) Article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

ces baisses de prix. Ainsi, le versement de la contribution sous forme de convention de baisses de prix est libératoire lorsqu'il atteint :

- 90 % de la contribution due par l'entreprise si les économies générées sont inférieures ou égales à 0,70 % du chiffre d'affaires, soit un abattement de 10 % ;

- 85 % de la contribution due par l'entreprise si les économies générées sont comprises entre 0,70 % et 3 % du chiffre d'affaires, soit un abattement de 15 % ;

- 80 % de la contribution due par l'entreprise si les économies générées sont supérieures à 3 % du chiffre d'affaires, soit un abattement de 20 % ⁽¹⁾.

- Ce régime est considéré comme source de fragilité pour le recouvrement de la contribution M : dans la mesure où son assiette repose sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, sa détermination suppose nécessairement la mise en place d'un processus déclaratif particulièrement complexe, dont les modalités sont prévues à l'article L. 138-15 du code de la sécurité sociale.

Les entreprises sont ainsi tenues, jusqu'en 2027, de déclarer aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) le montant du chiffre d'affaires pour l'année n au titre de laquelle la contribution est due avant le 1^{er} avril de l'année n + 1 suivante.

Les Urssaf transmettent ensuite les chiffres d'affaires déclarés au Ceps, qui s'assure de l'exactitude des données et indique, avant le 15 juillet de l'année n + 1, les éventuelles différences qu'il a constatées dans les déclarations de CAHT, ainsi que le montant des remises venant en déduction de l'assiette. En cas d'écart, les entreprises disposent d'un délai de quinze jours pour rectifier leur déclaration.

La notification des montants dus par chaque entreprise est effectuée par les Urssaf le 1^{er} octobre de l'année n + 1 et les entreprises disposent alors d'un mois pour verser l'impôt.

- Or, puisque le déclenchement de la clause de sauvegarde dépend de la base agrégée des chiffres d'affaires des entreprises pharmaceutiques, la moindre erreur ou le moindre retard dans la déclaration individuelle d'une entreprise met en péril le respect du calendrier de l'ensemble du dispositif :

- les Urssaf soulèvent régulièrement des difficultés dans le processus de recouvrement, lesquelles se traduisent par des aménagements de calendrier et des régularisations tardives, de fait en méconnaissance de la loi ;

- un manque de prévisibilité est allégué par les entreprises redevables, susceptible de créer des aléas de gestion d'autant plus importants que le montant de la contribution a fortement progressé ces dernières années.

(1) Arrêté du 31 janvier 2022 fixant le barème prévu à l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

CALENDRIER DÉCLARATIF DE LA CONTRIBUTION M JUSQU'EN 2027

Année n-1				Année n				Année n+1			
T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Démarrage du décompte de CA n-1	Rue à signaler (RAS)	RAS	RAS	Consolidation des comptes n-1 au niveau des entreprises	Déclaration à l'ACOSS des montants de CA et de remises n-1	Calcul de la CS n-1 individuelle et du taux d'abattement	RAS	Exercice n-1			
RAS	RAS	Estimation du CA n-1 des remises et de la CS n-1 afin de construire le M n	Vote PLFSS de l'année n	Démarrage du décompte de CA n	RAS	RAS	RAS	Consolidation des comptes n au niveau des entreprises	Déclaration à l'ACOSS des montants de CA et de remises n	Calcul de la CS n individuelle et du taux d'abattement	RAS
Exercice n				RAS	RAS	Estimation du CA n des remises et de la CS n afin de construire le M n+1	Vote PLFSS année n+1	Démarrage du décompte de CA n+1	RAS	RAS	RAS
								Exercice n+1			

Source : rapport de la mission confiée par Mme Élisabeth Borne, Première ministre, à Mmes Agnès Audier, Claire Biot, Anne-Aurélié Épès de Fleurian, Magali Léo, Mathilde Lignot-Leloup et M. Frédéric Collet, Pour un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé, août 2023.

● En conséquence, l'avant-dernière LFSS a instauré un mécanisme de sanction à l'encontre des entreprises qui ne respecteraient pas les dates limites, sous la forme d'une majoration forfaitaire pour déclaration tardive ⁽¹⁾.

Cette majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par chaque entreprise concernée, par période de quinze jours de retard, sous un plafond de 100 000 euros ⁽²⁾.

Au surplus, la contribution M due par chaque entreprise redevable pour les produits génériques et des spécialités de référence sera plafonnée à 2 % du chiffre d'affaires en 2024 et à 1,75 % en 2025 ⁽³⁾.

Cette mesure tient à la nécessité de tenir compte de la faible rentabilité des produits génériques et des spécialités de référence, dont le modèle économique est affaibli par la nature collective de la clause de sauvegarde du médicament.

b. Les paramètres à partir de 2027

Déjà redoutable dans ses éléments permanents, la complexité de la clause de sauvegarde des médicaments est par ailleurs exacerbée par la multiplication des réformes y afférentes, quasi annuelles, au détriment de la stabilité juridique et de la prévisibilité de ses conséquences pour les acteurs économiques.

C'est pourtant dans un but de simplification que l'avant-dernière LFSS ⁽⁴⁾ avait prévu que les changements résumés dans le présent b devaient s'appliquer en

(1) Article 18 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

(2) Article L. 138-15 du code de la sécurité sociale.

(3) Spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et spécialités de référence auxquelles s'applique un tarif forfaitaire de responsabilité ou dont le prix est identique à celui des spécialités génériques figurant dans le même groupe générique.

(4) Article 28 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

2026... puis que la dernière LFSS ⁽¹⁾ les a reportés à 2027... et suivant un idéal certainement partagé que l'article du projet de loi de financement faisant l'objet de ce commentaire comprend, une nouvelle fois, des changements à l'entrée en vigueur immédiate... ou en tout cas affichée comme telle au stade du dépôt.

- Les règles de calcul de l'assiette de la clause de sauvegarde du médicament devraient être harmonisées, sauf si une autre modification a lieu, avec celles relatives aux DM, en veillant à ne pas affecter le rendement attendu de la contribution M.

La contribution M sera exprimée en montants remboursés par l'assurance maladie, de sorte qu'elle ne reposera plus sur la procédure de déclaration du CAHT des entreprises mais sur des chiffres disponibles auprès des caisses et de l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (Atih).

Le passage de l'assiette d'un montant exprimé en chiffre d'affaires à un total de dépenses remboursées induit une diminution de l'assiette de la contribution. En effet, les dépenses remboursées ne sont qu'un sous-ensemble du chiffre d'affaires des entreprises. Le barème applicable à la contribution M a donc été rehaussé afin de préserver le rendement de la contribution. À compter du 1^{er} janvier 2027, le barème progressif – variant actuellement de 50 % à 70 %, selon l'ampleur du dépassement du montant M – sera remplacé par un taux forfaitaire de 90 %.

Le montant de la contribution M sera donc égal à 90 % de la différence entre le montant des remboursements nets effectués par l'assurance maladie au titre des produits concernés et le montant M (ce qui s'inspire de Z – cf. *infra*).

La répartition de la contribution entre les entreprises redevables sera toujours répartie pour 70 % au prorata de leur part dans la dépense constatée et pour 30 % en fonction de la hausse de leur montant remboursé par rapport à l'année précédente.

Par ailleurs, quand la réforme sera mise en œuvre, le plafonnement de la contribution M acquitté par chaque entreprise sera de 12 % du montant remboursé attribuable à celle-ci, en remplacement du taux actuel de 10 % du chiffre d'affaires retenu pour le calcul de l'assiette.

- Du fait de l'harmonisation des assiettes des contributions M et Z à compter du 1^{er} janvier 2026, le processus déclaratif se déroulera selon les étapes suivantes :

- les caisses, l'Atih et l'Agence nationale de santé publique communiqueront à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) avant le 15 juillet de l'année n + 1 le montant total remboursé afférent aux médicaments que chaque entreprise aura distribués au cours de l'année civile précédente ;

(1) Article 29 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

– le Ceps communiquera à l’Acosse le montant des remises dues par chaque entreprise au titre de l’année civile précédente, avant le 15 juillet de l’année $n + 1$;

– l’Acosse communiquera sans délai aux entreprises redevables concernées la liste des médicaments pris en compte dans le calcul du montant total remboursé par l’assurance maladie au titre des médicaments qu’elles exploitent.

● La dernière LFSS a aussi été l’occasion, pour la contribution M :

– de préciser les règles applicables en matière de répartition des dépenses remboursées entre les entreprises redevables s’agissant des médicaments dont l’exploitant a changé en cours d’année, ainsi que la situation de celles dont la contribution serait négative ;

– d’inclure dans l’assiette les dépenses de l’assurance maladie au titre des indications inscrites sur la liste en sus des établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et de services médicaux de réadaptation (SMR) ainsi que les dépenses de spécialités prises en charge hors de leur autorisation de mise sur le marché (AMM) et celles prises en charge au titre du dispositif dit d’AMM miroir pour les spécialités utilisées en association ;

– d’instituer deux déductions (les « écarts indemnisables » ayant vocation à inciter les laboratoires à proposer des tarifs attractifs aux hôpitaux) ;

– de prévoir certaines dispositions transitoires du fait du report de la réforme de l’assiette (notamment pour les achats par Santé publique France).

4. L’assiette et le barème pour les dispositifs médicaux

La détermination de la contribution Z sur les DM est plus simple :

– son assiette a toujours été le montant remboursé par l’assurance maladie ;

– le périmètre est restreint aux DM de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) pris en charge en sus des prestations d’hospitalisation ainsi que sur ceux bénéficiant d’une prise en charge transitoire du fait de leur caractère innovant et dans l’attente de leur inscription sur la LPPR ⁽¹⁾ ;

– les DM dispensés par un détaillant (pharmacien d’officine ou prestataire de santé) et ceux pris en charge en établissement de santé en sont donc exclus ;

– la répartition de la contribution entre les entreprises redevables s’effectue au prorata du montant remboursé durant l’année n , sans que le taux d’évolution du remboursement par rapport aux années précédentes soit pris en compte.

(1) Article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale, modifié par l’article 26 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Le montant de la contribution Z, due au titre des dispositifs médicaux, était initialement celui de la différence entre :

- le montant remboursé par l’assurance maladie, réduit des remises
- et le montant Z lui-même.

Depuis deux ans ⁽¹⁾, il est égal à 90 % de cette différence.

La contribution de chaque exploitant est déterminée au prorata du montant remboursé par l’assurance maladie au titre des produits et prestations qu’il exploite, sans pouvoir excéder 10 % de ce montant remboursé ⁽²⁾.

Le calendrier de versement de la contribution Z a été harmonisé avec celui de la contribution M à compter du 1^{er} janvier 2024 : celui de la contribution Z est reporté du 1^{er} juillet de l’année n + 1 au 1^{er} novembre de l’année n + 1.

La LFSS pour l’année en cours dispose que l’assiette pour les DM s’entend hors taxe sur la valeur ajoutée (TVA), les industriels arguant que la diversité des taux de cet impôt fragilisait leur capacité à provisionner de manière fiable le montant de la contribution Z en cas de déclenchement de la clause.

B. LA CONTRIBUTION SUR LE CHIFFRE D’AFFAIRES

En sus de la clause de sauvegarde et de ses deux composantes M pour les médicaments et Z pour les dispositifs médicaux, il existe pour ces premiers, qualifiés, dans les dispositions pertinentes, de spécialités pharmaceutiques, une contribution supplémentaire, définie à la section 2 *bis* du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ⁽³⁾, aujourd’hui composé du seul article L. 245-6.

● Ses redevables sont les entreprises qui en assurent l’exploitation en France et ont l’autorisation de les importer ou de les distribuer, s’ils sont enregistrés auprès de l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ou ont une AMM délivrée par cette dernière ou l’Union européenne (UE) ⁽⁴⁾. Cela inclut donc des spécialités non remboursées (homéopathie, phytothérapie, etc.).

Son assiette est le chiffre d’affaires hors taxes (CAHT), déduction faite des « remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l’étranger ». Une exemption complète est prévue pour les génériques (sauf pour

(1) Article 30 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(2) Article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale.

(3) Créée par le décret de codification n° 85-1353 du 17 décembre 1985, cette section a été modifiée en 1988, 1991, 2003, 2004, 2005, 2008, 2011, 2012, 2014, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 et 2023.

(4) Titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l’autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une Agence européenne des médicaments.

ceux remboursés sur la base d'un tarif de responsabilité ou dont le prix de vente au public est identique entre la spécialité de référence et le même groupe générique, auquel cas ils réintègrent l'assiette) et les médicaments orphelins (dans la limite de l'indication justifiant cette désignation et « sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros ») ⁽¹⁾. Ne sont pas non plus inclus dans l'assiette les spécialités sous accès compassionnel ou les achats de stocks de l'État.

Son taux est de 0,20 %.

- Aux paramètres venant d'être décrits et qui forment la « section de base » de la contribution s'ajoutent ceux d'une « section additionnelle » au taux de 1,6 % du CAHT correspondant aux médicaments inscrits sur les listes des spécialités remboursables aux assurés ou agréés pour les collectivités publiques ou bénéficiant de l'accès direct présenté *supra*. Pour une partie des médicaments, cela donne donc un taux agrégé de 1,8 %.

- Le produit des deux composantes est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie, avec un versement provisionnel le 1^{er} juin de chaque année à hauteur de l'application du taux concerné sur 95 % du chiffre d'affaires de l'année précédente et une régularisation le 1^{er} mars de l'année suivante. Son rendement, d'après le rapport de juin 2025 à la Commission des comptes de la sécurité sociale, passerait de 1,1 milliard d'euros en 2023 à 1,2 milliard d'euros en 2024 et 2025.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

À titre liminaire, le rapporteur général souligne que quoiqu'il ne soit pas excessivement long, son contenu et son format, ainsi que l'articulation des items qu'il touche avec d'autres mesures budgétaires ou fiscales sur le prix des produits de santé, donnent à l'**article 10** une complexité technique telle que son commentaire juridique en est malaisé, ce qui souligne à quel point le dépôt excessivement tardif et la faible transparence vis-à-vis du Parlement sont une mauvaise méthode.

Le **IV** prévoit que ces 1^o et 2^o d'une part et 3^o d'autre part (donc en fait son intégralité) du **I** sont applicables aux contributions dues au titre de 2025. L'effet sur les recettes ayant lieu en 2026 (avec un acompte), cela ne remet pas en cause la place de la mesure dans la deuxième partie du projet de loi au lieu de la première.

A. L'ASSIETTE DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE SUR LES MÉDICAMENTS

Le 1^o du **I** modifie les premiers alinéas des articles L. 138-10 et L. 138-11 du code de la sécurité sociale pour confirmer que la longue liste des remises venant minorer l'assiette de la contribution M sur les médicaments est exhaustive et

(1) Règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins.

s'entend donc « à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées à l'article L. 138-9 ».

Le 2° du même I inscrit au même article L. 138-11 que « *si la différence entre le chiffre d'affaires d'une entreprise et le montant [des] remises [minorantes] est négative, elle n'est pas déduite de l'assiette de la contribution* ».

Ces deux points font partie des éléments d'interprétation et de validation face à des contentieux qui seront commentés en même temps que les II et III.

B. L'INTÉGRATION DES PARAMÈTRES DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE SUR LES MÉDICAMENTS DANS LA CONTRIBUTION SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES

Le 3° dudit I refond la rédaction de l'article L. 245-6 du même code.

- Les **alinéas 5 à 17** reprennent, en améliorant opportunément leur plan, les anciens I à VIII de l'article codifié, qui deviendraient ses I (divisé en des A à E définissant avec plus de lisibilité les redevables, l'assiette et ses exclusions de ce qui prendrait le nom de « contribution de base » au taux inchangé de 0,2 %) et II (divisé en des A à C pour la « contribution additionnelle » au taux lui aussi inchangé de 1,6 %). L'**alinéa 30**, soit le futur IV, est également une reprise de l'existant et il ne concerne donc que les parts de base et additionnelle.

- Les **alinéas 18 à 29** comprennent les modifications de fond correspondant à ce que l'exécutif présente comme le « transfert du rendement » (en fait, des éléments qui le produisaient) de la contribution M à l'intérieur d'une « contribution supplémentaire » à celle prévue à l'article L. 245-6.

Les spécialités concernées par les 1° à 7° du A du futur III sont les mêmes que celles de la clause de sauvegarde aujourd'hui (*cf. supra*).

En revanche, le B modifie l'assiette puisque du chiffre d'affaires ne seraient plus abattues des remises conventionnelles et celles liées aux accès dérogatoires ou aux prescriptions hors AMM. Dans l'étude d'impact, le Gouvernement estime que cela « *permettrait tout d'abord une plus grande transparence sur les montants appelés puisque les volumes de remboursement, permettant d'approcher les volumes de ventes déclarés, ainsi que les prix (prix facial HT notamment), tarifs et indemnités sont des données publiques ne portant pas atteinte au secret des affaires, et également de soutenir les spécialités dites matures, les génériques, les biosimilaires et les hybrides substituables pour lesquels il n'y a pas de remise* » et que le fait de retenir un chiffre d'affaires brut (peu ou prou) « *redonn[e] des marges aux acteurs exploitant principalement [d]es spécialités [qui] font l'objet de tension* ».

Présentant ce changement comme une « *simplification* », l'exécutif propose dans le C que la nouvelle contribution supplémentaire ne reprenne ni le caractère collectif du calcul de l'ancienne clause de sauvegarde, ni la dépendance de son appel

et de sa quotité à la croissance du chiffre d'affaires, ni l'ancien système d'abattement en fonction de la signature ou non de baisses conventionnelles de prix avec le Ceps.

Ainsi, il existerait un taux de base et, pour les génériques, un taux différencié (minoré). Ces deux taux auraient vocation à être fixés chaque année, ce qui à la fois se comprend sous l'angle de la régulation et augure pour l'examen de chaque PLFSS de discussions qui inévitablement nuiront à la stabilité juridique et économique dont notre pays, estime le rapporteur général, aurait besoin. Ces taux seraient, en vertu du VIII de l'**article 10** du projet de loi de financement, de 4,24 % en 2025 puis 4,01 % en 2026 pour le taux de base, abaissés à 1,75 % en 2025 puis 1,65 % en 2026 pour le taux différencié des génériques.

Le rapporteur général suggère une réflexion tendant à les fixer de manière pluriannuelle pour donner de la stabilité et de la lisibilité aux redevables comme à l'administration.

Tout en ramenant son taux à 10 %, le D reprend le plafonnement entreprise par entreprise actuel puisque contrairement à celui servant d'assiette, le CAHT valant référence pour le calcul de la contribution maximale continuera à être minoré par les remises conventionnelles et celles liées aux accès dérogatoires ou aux prescriptions hors AMM (mais toujours pas par les remises commerciales).

● Les **alinéas 31 à 33**, donc les futurs V (avec un A et un B) et VI de l'article codifié, s'inspirent très largement de rédactions actuelles concernant soit la clause de sauvegarde des médicaments, soit la contribution sur le chiffre d'affaires, sous la réserve très importante qu'ils concerneront l'ensemble, ce qui revient à :

– instituer pour les contributions de base et additionnelle les pénalités en cas de déclaration erronée ou tardive qui n'existaient que pour la clause de sauvegarde (le V prévoit une sanction de 0,05 % du CAHT, étant précisé que « les majorations forfaitaires peuvent être cumulatives sans pouvoir être inférieures à 2 000 euros ni supérieure à 100 000 euros ») ;

– appliquer à la contribution supplémentaire l'appel provisionnel sur 95 % du chiffre d'affaires de l'année civile précédente, qui ne vaut aujourd'hui que pour les parts de base et additionnelle, ce qui d'ailleurs rapprochera aussi le mécanisme de celui de la restitution des remises conventionnelles (*cf. infra* le commentaire de l'**article 11** du projet de loi de financement pour 2026), cependant que la régularisation interviendrait le 1^{er} octobre au lieu du 1^{er} mars.

Le futur VI confirme naturellement l'affectation à l'assurance maladie.

C. LA VALIDATION DE DISPOSITIONS AYANT OUVERT DES CONTENTIEUX

Les **II** et **III** ne sont pas codifiés et se lisent en complément des 1^o et 2^o du **I** (donc des modifications apportées aux articles L. 138-10 et L. 138-11).

● Il s'agit, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée ⁽¹⁾, de valider les montants des contributions exigées des entreprises en prenant une loi interprétative confirmant que, pour leur application aux années 2021 à 2024, des dispositions ont la même portée dans leur rédaction antérieure et ultérieure à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Les litiges concernent les notifications reçues par certaines entreprises pour les années 2021 à 2024.

Concernant la contribution M (article L. 138-10), la contestation porte sur l'appréciation du dépassement de M au motif de l'intégration, par les organismes de recouvrement, des remises commerciales (article L. 138-9) dans le chiffre d'affaires – le rapporteur général ne peut que partager le point de vue de l'administration sur le fait que n'en étant pas exclues par la loi elles ne sauraient être une minoration de l'assiette – et d'autre part de l'insuffisante prise en compte des situations dans lesquelles l'assiette individuelle serait négative.

Concernant la contribution sur le chiffre d'affaires (article L. 245-6), est de même contestée la prise en compte du chiffre d'affaires incluant l'ensemble des remises versées par les laboratoires, à l'exclusion des remises commerciales, ou pour le dire autrement la non-déduction des remises fixées par le Ceps et liées aux accès dérogatoires ou aux prescriptions hors AMM.

La capacité de valider des mesures réglementaires dont la légalité serait sinon incertaine et d'adopter des dispositions interprétatives qui, sans modifier le droit positif, le clarifient afin de prévenir ou de régler un contentieux, est admise :

– « *il n'appartient ni au législateur ni au Gouvernement de censurer les décisions des juridictions, d'adresser à celles-ci des injonctions et de se substituer à elles dans le jugement des litiges relevant de leur compétence* » ;

– mais cela « *ne s'oppose pas à ce que [...] le législateur modifie les règles que le juge a mission d'appliquer ; qu'ainsi le fait que la loi [...] intervien[ne] dans une matière ayant donné lieu à des recours pendant n'est pas de nature à [la] faire regarder comme non conforme à la Constitution* » ⁽²⁾.

Toutefois, cette latitude est d'autant plus encadrée qu'elle se double nécessairement d'une forme de rétroactivité ⁽³⁾.

(1) Faute de quoi serait méconnu l'article 16 de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen aux termes duquel « toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution ».

(2) Conseil constitutionnel, décision n° 80-119 DC du 22 juillet 1980, Loi portant validation d'actes administratifs.

(3) Par dérogation au principe de l'article 2 du code civil suivant lequel « la loi ne dispose que pour l'avenir ; elle n'a point d'effet rétroactif » plutôt qu'au bloc de constitutionnalité, l'article 8 ne se plaçant que sur le terrain pénal en disposant que « [...] nul ne peut être puni qu'en vertu d'une loi établie et promulguée antérieurement au délit, et légalement appliquée ».

Ainsi, le législateur « méconnaîtrait la garantie des droits proclamés par l'article 16 de la Déclaration de 1789 s'il portait aux situations légalement acquises une atteinte qui ne soit justifiée par un motif d'intérêt général suffisant »⁽¹⁾, puis en précisant que ce n'est que sous la même réserve qu'il pourrait « remettre en cause les effets qui peuvent légitimement être attendus de telles situations »⁽²⁾ ou de « situations nées sous l'empire de textes antérieurs »⁽³⁾.

Comme le relève la doctrine, « tandis que l'atteinte aux situations légalement acquises avant l'intervention de la disposition législative procède par hypothèse, de la rétroactivité de celle-ci – à moins que la loi n'y attente que pour l'avenir⁽⁴⁾ –, la remise en cause des effets légitimement attendus [...] de situations antérieures résulte du jeu de l'application immédiate de la loi (comme d'ailleurs dans le cas où une loi nouvelle affecte pour l'avenir des contrats en cours) ; [...] si la validation d'un acte illégal ou la modification rétroactive d'une règle de droit n'est désormais possible que pour un motif "impérieux"⁽⁵⁾, l'atteinte aux situations légalement acquises ne requiert, paradoxalement, qu'un motif "suffisant", le changement opéré en 2014 dans le premier cas n'ayant pas été étendu au second, ni dans la foulée⁽⁶⁾, ni par la suite »⁽⁷⁾.

Si la notion de situation légalement acquise irrigue la jurisprudence du Conseil constitutionnel, c'est bien concernant les impositions de toutes natures qu'il l'a dégagée en estimant que « le principe de non-rétroactivité des lois n'a valeur constitutionnelle [...] qu'en matière répressive » mais que « si le législateur a la faculté d'adopter des dispositions fiscales rétroactives, il ne peut le faire qu'en considération d'un motif d'intérêt général suffisant et sous réserve de ne pas priver de garanties légales des exigences constitutionnelles », écartant donc au cas d'espèce une disposition qui « aurait [eu] pour conséquence de majorer, pour un nombre significatif d'entreprises, une contribution qui n'était due qu'au titre de l'exercice 1995 et a été recouvrée au cours de l'exercice 1996 » car, « le souci de prévenir les conséquences financières d'une décision de justice censurant le mode de calcul de l'assiette de la contribution en cause ne constituait pas un motif d'intérêt général suffisant pour modifier rétroactivement l'assiette, le taux et les modalités de versement d'une imposition, alors que celle-ci avait un caractère exceptionnel, qu'elle a été recouvrée depuis deux ans et qu'il [était] loisible au législateur de prendre des mesures non rétroactives de nature à remédier aux dites conséquences »⁽⁸⁾.

(1) Conseil constitutionnel, décision n° 2005-530 DC du 29 décembre 2005, Loi de finances pour 2006, cons. 45.

(2) Conseil constitutionnel, décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, cons. 14.

(3) Conseil constitutionnel, décision n° 2019-812 QPC du 15 novembre 2019, M. Sébastien M. et autre, par. 5.

(4) Conseil constitutionnel, décision n° 2007-550 DC du 27 février 2007, Loi relative à la modernisation de la diffusion audiovisuelle et à la télévision du futur, cons. 10.

(5) Conseil constitutionnel, décision n° 2013-366 QPC du 14 février 2014, Société Maflow France, cons. 3.

(6) Conseil constitutionnel, décision n° 2014-386 QPC du 28 mars 2014, Collectivité de Saint-Barthélemy, cons. 15.

(7) M. le professeur Jérôme Roux, « La jurisprudence du Conseil constitutionnel mise en perspective avec celle de la Cour européenne des droits de l'homme sur les validations législatives et les autres lois rétroactives », in Titre VII (n° 5), octobre 2020.

(8) Conseil constitutionnel, décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998, Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, cons. 5 à 7.

Encore la subordination de la validation par la loi d'actes réglementaires ou de la modification, sinon du fond du moins de la rédaction de la loi à des fins interprétatives à cinq critères – caractère impérieux du but d'intérêt général, respect des décisions des juridictions devenues définitives, non-application de la loi répressive plus sévère, non-validation d'un acte par ailleurs inconstitutionnel et définition stricte de la portée de la validation ⁽¹⁾ – résulte-t-elle d'un dialogue entre les juges européen ⁽²⁾, constitutionnel ⁽³⁾ et administratif ⁽⁴⁾.

Le cas de figure est différent avec l'**article 10** du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, dès lors que précisement l'assiette n'est pas modifiée mais que sa définition est confirmée – ce qui correspond aussi à l'analyse de la Cour de cassation suivant laquelle une loi ne peut être considérée comme interprétative qu'autant « *se borne à reconnaître, sans rien innover, un droit préexistant qu'une définition imparfaite a rendu susceptible de controverses* » ⁽⁵⁾ – et au surplus que le recouvrement n'est pas fini.

Le rapporteur général estime préférable, attendu que certaines instructions sont en cours à des instances d'ailleurs diverses et au regard du secret des affaires, de ne pas mentionner d'exemple précis des contentieux concernés.

D. LA FIXATION DES SEUILS DE DÉCLENCHEMENT

Le **V** relève le seuil M de 27,25 milliards d'euros à 30,60 milliards d'euros pour 2025. Le **VI** fixe le seuil Z à 2,19 milliards d'euros pour 2026. Le **VII** fixe le seuil M à 26,65 milliards d'euros.

E. L'INCIDENCE FINANCIÈRE

Toutes modifications prises ensemble, le Gouvernement prévoit une **recette supplémentaire de 21 millions d'euros** par an : certes, le transfert du rendement de la contribution M dans celle prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale se fait à champ constant, mais le mécanisme d'acompte entraîne une anticipation de l'acquittement par les redevables, soulageant la trésorerie de la branche maladie.

*

* *

(1) Conseil constitutionnel, décision n° 2004-509 DC du 13 janvier 2005, Loi de programmation pour la cohésion sociale, cons. 31.

(2) Cour européenne des droits de l'Homme, grande ch., 28 octobre 1999, Zielinski, Pradal et Gonzalez c. France, req. nos 24846/94, 34165/96 et 34173/96.

(3) Conseil constitutionnel, décision n° 93-332 DC du 13 janvier 1994, Loi relative à la santé publique et à la protection sociale, cons. 2 à 8 ; décision n° 99-422 DC du 22 décembre 1999, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, cons. 64 ; décision n° 99-425 DC du 29 décembre 1999, Loi de finances rectificative pour 1999, cons. 8 ; décision n° 2013-366 QPC du 14 février 2014, susmentionnée.

(4) Conseil d'État, 7ème et 5ème SSR, 28 juillet 2000, Tête, req. nos 202.798 000 et 202 872 (concl. de M. Savoie), pub. au Recueil ; 10ème et 9ème SSR, 8 décembre 2000, Hoffer, req. nos 199.072, 199.135 et 199.761 (concl. de Mme Maugué), pub. au Recueil ; Ass., 11 juillet 2001, M. Préaud, req. n° 219.312 (concl. de Mme Bergeal), pub. au Recueil ; Ass., 24 mars 2006, MM. Rolin et Boisvert, req. n° 286.834 (concl. de Mme Mitjavile), pub. au Recueil.

(5) Cass., 3ème ch. civile, 27 février 2002, Société générale, pourvoi n° 00-17.902, pub. au Bulletin ; ch. sociale, 8 juin 2001, Société Dalkia, pourvoi n° 09-67.051, pub. au Bulletin.

Article 11

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

Cet article prévoit, avec une transition en 2026, que les remises reversées à l'assurance maladie par les entreprises exploitant, important ou distribuant des médicaments ou des dispositifs médicaux remboursés le seront à compter de 2027 au moyen de quatre acomptes durant l'exercice au titre duquel elles sont dues, puis d'une régularisation, alors que pour l'heure elles sont appelées à l'automne de l'année suivante. Si le but est d'apporter à la branche maladie des encaissements plus réguliers, donc de minorer ses emprunts, l'effet sera analogue pour les redevables, dont les représentants avaient dans le passé suggéré une mesure proche.

I. LE DROIT EXISTANT

Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale comprend les dispositions relatives aux prestations et aux soins, au contrôle médical et, à la marge, au service de certains avantages au tuteur d'une personne protégée, suivant l'ordre du juge des tutelles, plutôt qu'à son bénéficiaire légal.

La section 4 du chapitre II et la section 1 du chapitre V de ce titre s'en écartent un peu : elles concernent les pharmaciens et les entreprises pharmaceutiques d'une part et les dispositifs médicaux à usage individuel d'autre part.

● Les grands principes du calcul du prix des médicaments et des dispositifs médicaux posent surtout des questions de dépenses : aussi sont-ils expliqués *infra* dans le commentaire des articles 33 à 35 du projet de loi. Pour ce qui intéresse le commentaire de son **article 11**, il convient seulement de rappeler que cohabitent :

– un prix facial, public, servant à la fois de valorisation des spécialités ou des produits sur le marché international (où un montant élevé est un signal de la qualité et du caractère innovant du bien), de référence pour la vente par les pharmacies d'officine à leurs clients et de base de remboursement par la branche maladie (une franchise restant à la charge des assurés) ;

– un prix réel, confidentiel, qui s'entend net de plusieurs items préférentiels d'abord consentis à la faveur des négociations puis reversés sous la forme d'une recette atténuative de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), dont les remises conventionnelles⁽¹⁾, les ristournes, les clauses de retour et les baisses conditionnelles.

(1) Ces remises, qui sont dans un premier temps une aide quant à la concurrence mondiale puis un prélèvement, ne doivent pas être confondues avec les remises commerciales que les grossistes octroient aux pharmaciens sur le fondement de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale et dont un arrêté du 4 août 2025 entendait abaisser les plafonds pour les médicaments génériques, les spécialités relevant du tarif forfaitaire de responsabilité et les produits hybrides substituables (un arrêté du 6 octobre 2025 a cependant rétabli le droit antérieur jusqu'au 1er janvier 2026, ce qui revient à une suspension de trois mois).

- Ces avantages que sont les remises, puisqu'elles procurent un chiffre d'affaires tiré du remboursement par l'assurance maladie supérieur au prix réel, sont reversés à cette dernière : dans la mesure où l'assiette et le taux de la restitution des remises sont définis de manière complémentaire par la loi et des conventions, il ne s'agit pas d'une imposition de toute nature au sens de l'article 34 de la Constitution (ce qui les distingue de la « clause de sauvegarde » sur les médicaments et dispositifs médicaux – *cf. supra* le commentaire de l'article 10).

Si cette restitution a plusieurs composantes, elles forment un bloc comptable dont le produit est passé de 7,56 milliards d'euros en 2022 à 9,66 milliards d'euros en 2023 puis 10,52 milliards d'euros en 2024 et pourrait atteindre 11,69 milliards d'euros en 2025, d'après la direction de la sécurité sociale (DSS).

Les articles L. 162-17-5 et L. 162-22-7-1 disposent :

- que le Comité économique des produits de santé (Ceps) peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant le droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché (AMM) ou pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, le montant des dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) au-delà duquel il peut baisser le prix ou le tarif de responsabilité des produits et prestations concernés ;

- mais qu'à la place, les entreprises qui exploitent ces produits et prestations peuvent solliciter auprès du Ceps un versement sous forme de remise à l'assurance maladie d'un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la baisse tarifaire (dans le but d'afficher un prix facial élevé).

L'article L. 162-18 est construit dans l'ordre inverse dès lors qu'il dispose que le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites sur les listes susmentionnées peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités, qui assurent leur importation parallèle ou qui assurent leur distribution parallèle.

L'article L. 162-18-1 prévoit l'existence de remises dues par les entreprises qui exploitent une spécialité inscrite sur la liste en sus au titre d'une indication mais dispensées en association de traitement pour une indication différente et prise en charge à ce titre par l'assurance maladie.

L'article L. 162-18-2 prévoit l'application de remises spécifiques dans le cas où une spécialité est inscrite sur la liste des médicaments remboursables ou une liste en sus pour un périmètre d'indications thérapeutiques plus restreint que celui dans lequel elle présente un service médical rendu (SMR) suffisant.

L'article L. 162-16-5-1-1 dispose que les laboratoires titulaires des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce reversent chaque année des remises calculées par tranche de chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication considérée.

L'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit, à titre expérimental, le versement de remises pour les exploitants de médicaments bénéficiant d'un accès direct, déterminées comme celles liées à l'accès précoce.

Le Ceps peut également accorder aux entreprises des avoirs sur remises, en déduction des remises dues à l'assurance maladie en application de clauses conventionnelles. Ces avoirs sont calculés sur la base du prix et du nombre d'unités vendues : ils peuvent notamment être octroyés au titre de baisses conventionnelles de prix (sauf lorsqu'elles concernent les médicaments génériques). Les avoirs qui n'ont pas été utilisés peuvent être reportés, dans la limite de cinq ans.

- Le recouvrement de ces remises est prévu par le III de l'article L. 162-18 de manière aujourd'hui expédiente, voire lacunaire : les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) en sont chargées (le même III accueille également de façon étonnante la précision que « *les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite des remises* »).

En pratique, comme le souligne l'étude d'impact, les remises sont appelées à l'automne de l'année suivant celle pour laquelle elles sont dues, compte tenu des échanges nécessaires entre le Ceps et chaque laboratoire pharmaceutique ou chaque entreprise commercialisant un dispositif médical, après que les données de vente ont été consolidées. Il en résulte un décalage d'encaissement qui majore le besoin d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss).

- Des dispositions parallèles concernent la négociation puis le reversement à l'assurance maladie des remises conventionnelles pour les dispositifs médicaux : elles figurent à la sous-section 1 de la section 1 du chapitre V du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, notamment aux articles L. 165-1-5 et L. 165-4.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Avec l'article 11 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, serait mis en place un versement des remises conventionnelles sur les médicaments et les dispositifs médicaux à partir du dernier appel connu, soit celui de l'antépénultième année par rapport à celle d'enregistrement du chiffre d'affaires. La phase automnale d'échanges sur le montant à payer sera transformée en une régularisation. Afin de ne pas générer de trop-perçus par l'Acoss et de ne pas complexifier non plus la gestion de la trésorerie des entreprises redevables, le versement anticipé se ferait à hauteur de 95 %, avec un paiement par trimestre.

Le **i** du **a** du 1^o corrige un renvoi qui était inopérant.

Le **ii** du même **a** prévoit une nouvelle rédaction du III de l'article L. 162-18, précité, du code de la sécurité sociale et le **b** crée un II *bis* dans l'article L. 165-4 du même code. Si le premier touche les médicaments et le second les dispositifs médicaux, les deux dispositifs sont identiques :

– les remises conventionnelles seront acquittées *« de manière provisionnelle, à parts égales, chaque trimestre de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant cumulé représentant 95 % du montant dû [...] au titre de l'antépénultième année civile »* ;

– une régularisation interviendra *« pendant l'année civile suivante »*, l'étude d'impact n'apportant pas d'autre précision.

Dans le seul cas des médicaments, le 2° prévoit un mécanisme de transition sur la base duquel seront versés en 2026, avec pour même assiette 95 % des remises dues au titre de 2024 :

– les remises pour 2025, avec un acompte de 75 % le 1^{er} juin et un acompte de 25 % le 1^{er} septembre, puis une régularisation avant le 31 décembre 2026 (*a*) ;

– les remises pour 2026, avec deux acomptes de 50 % le 1^{er} septembre et le 1^{er} décembre, puis une régularisation avant le 31 décembre 2027 (*b*).

Le 3° dispose que les 1° et 2° s'appliquent aux remises dues au titre de l'année 2027 et des années suivantes, ce qui dans le cas du 2° est certainement une coquille puisqu'il s'agit justement de mesures de transition pour 2026.

Aux termes du 4°, un décret en Conseil d'État comprendra les règles et délais de procédure précis, mais l'étude d'impact fournit l'intention de l'exécutif (à savoir les 1^{er} mars, 1^{er} juin, 1^{er} septembre et 1^{er} décembre), et prévoira des exonérations, qui concerneront les nouveaux entrants sur le marché, faute d'assiette connue.

Eu égard au produit tendanciel des remises, une **économie de 74,2 millions** d'euros est escomptée à partir de 2027 mais elle serait de 102,8 millions d'euros en 2026 puisque l'année à venir connaîtra un double appel provisionnel ; le rapporteur général souligne que ce second chiffre ne concerne que l'avantage lié au schéma de recouvrement, mais qu'en termes comptables le gain de trésorerie exceptionnel pour l'Acoss sera d'environ 9 milliards d'euros en 2026.

*

* *

Article 12

Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale

L'article 12 procède, comme chaque année, à la modification de la clef de répartition des ressources fiscales affectées aux différentes branches de la sécurité sociale. Il doit se lire en miroir de l'article 40 du projet de loi de finances pour 2026 qui modifie la part de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée à la sécurité sociale pour tenir compte de certaines mesures prises dans les textes financiers.

Il retrace l'ensemble des transferts financiers entre l'État et la sécurité sociale d'une part, et entre les organismes de sécurité sociale entre eux d'autre part. Il procède également comme chaque année à des mesures de coordination ou de mise en cohérence de certaines dispositions relatives aux relations financières au sein du champ de la sécurité sociale.

L'article 12 aménage la « tuyauterie » interne aux branches de la sécurité sociale. Pour l'exercice 2026, les transferts prévus se partagent en deux catégories principales, selon qu'ils se font entre la sécurité sociale et d'autres administrations publiques telles que l'État, l'Agirc-Arrco ou l'Unedic d'une part, ou entre régimes de base d'autre part. S'ajoutent également des mesures de mise en cohérence des relations financières entre organismes relevant du champ social.

I. LES TRANSFERTS OPÉRÉS ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE

A. LES TRANSFERTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE VERS L'ÉTAT

1. Le transfert des gains issus de la réforme des allègements généraux en 2026 (maladie/Acoss-État)

● L'article 18 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 acte une réforme majeure des dispositifs d'allègements généraux de cotisations sociales que sont la réduction générale dégressive d'une part – allègement dit « Fillon » ⁽¹⁾ –, et les réductions de 6 points des cotisations maladie ⁽²⁾ et de 1,8 point des cotisations familles dites « bandeaux maladie et famille » ⁽³⁾.

Le législateur financier social a prévu la mise en œuvre de cette refonte en deux étapes successives :

– la première a consisté, dès l'exercice 2025, en l'abaissement des points de sortie des bandeaux maladie et famille à respectivement 2,25 et 3,3 Smic (contre environ 2,4 et 3,4 Smic en 2024) ⁽⁴⁾ ainsi qu'en l'intégration des sommes versées au titre de la prime de partage de la valeur dans l'assiette des revenus pris en compte

(1) Article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 241-2-1 du même code.

(3) Article L. 241-6 dudit code.

(4) Le point de sortie des allègements généraux représente le montant maximal de salaire permettant à l'employeur de bénéficier des réductions.

pour le calcul de la réduction générale dégressive. Cette première étape s'est traduite par des économies de l'ordre de 1,6 milliard d'euros nettes des pertes d'impôt sur le revenu qui, après transferts, ont été réparties équitablement entre les branches maladie et vieillesse ⁽¹⁾ ;

– la seconde consiste, à partir de 2026, en la fusion de la réduction générale dégressive et des bandeaux en un dispositif de réduction générale dégressive unique (RGDU) portant sur les salaires allant jusqu'à 3 Smic. Le gain prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 était de 1,6 milliard d'euros auxquels s'ajouteraient 1,5 milliard d'euros supplémentaires, ce qui ne respecte pas la trajectoire convenue.

**Les pertes et gains spontanés de la réforme de
la réduction générale dégressive unique pour les branches**

Les exonérations de cotisations sociales sont imputées aux branches en fonction de la valeur des cotisations réellement exonérées. Une clef de répartition fixée par arrêté précise ces imputations. Dans la nouvelle architecture de la RGDU, les exonérations de cotisations qui ne s'appliquaient aux rémunérations que jusqu'à 1,6 Smic s'appliqueront dorénavant jusqu'à 3 Smic. À l'inverse, les réductions de 6 points et de 1,8 point des cotisations maladie et famille sont supprimées.

Hors de tout transfert, la suppression des bandeaux et la modification de la réduction générale dégressive unique entraîneraient des gains massifs pour les branches maladie (+ 9,4 milliards d'euros) et famille (+ 3,9 milliards d'euros) et des pertes pour les autres organismes concernés par le dispositif : – 6,2 milliards d'euros pour la branche vieillesse, – 4,4 milliards d'euros pour l'Agirc-Arrco, – 2,3 milliards d'euros pour l'Unedic et – 0,2 milliard d'euros pour la branche autonomie. Les cotisations accidents du travail-maladies professionnelles n'étant pas plus concernées par la RGDU qu'elles ne l'étaient pas la réduction dite « Fillon », aucune perte n'est enregistrée pour la branche AT-MP.

L'on peut donc considérer que la réforme de la réduction générale dégressive unique, bien qu'elle ne se matérialise par aucun article dans le présent projet de loi de financement, apporte 1,5 milliard d'euros de mesures nouvelles en recettes. Selon les informations recueillies par le rapporteur général, ce gain supplémentaire, justifié par le Gouvernement au titre de « l'année blanche » devrait faire l'objet d'un décret qui n'a pas encore été pris ⁽²⁾. Les modalités selon lequel ce gain pourrait se matérialiser ne sont pas encore définitivement arrêtées.

• Comme le précise l'annexe 9, le gain global de cette réforme des allègements généraux sera transféré à l'État compte tenu du fait que celui-ci « compense » à la sécurité sociale les pertes de recettes induites par une fraction de taxe sur la valeur ajoutée (TVA).

(1) Article 24 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(2) Il ne résulte en tout cas pas du décret n° 2025-887 du 4 septembre 2025 relatif aux modalités d'applications de différents dispositifs de réduction et d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale qui traduit la réforme de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 dans la partie réglementaire du code.

Sur le plan des principes, il apparaît tout à fait légitime au rapporteur général que l'État compense à la sécurité sociale les pertes de recettes induites par des dispositifs de réductions de cotisations sociales et donc, par ricochet, qu'un resserrement de ces dispositifs se traduise par la reprise de recettes par l'État. Toutefois, en pratique, force est de constater que la compensation des pertes de recettes induites par les allègements généraux de cotisation a été sous-calibrée ces dernières années.

En effet, les dynamiques respectives du rendement de la TVA et du montant total des allègements généraux sont déconnectées l'une de l'autre. Une année donnée, l'augmentation du coût des allègements généraux peut donc être plus élevée que celle des recettes de TVA et inversement. Selon un calcul de la Cour des comptes ⁽¹⁾, depuis la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en réductions pérennes de cotisations sociales, l'on distingue ainsi deux périodes :

– entre 2019 et 2021, la dynamique de progression de la TVA a été plus dynamique que celle des allègements généraux, entraînant une surcompensation par l'État au bénéfice de la sécurité sociale ;

– depuis 2021 toutefois, c'est l'inverse qui est vrai. Il en résulte une sous-compensation qui s'est accumulée jusqu'à aujourd'hui.

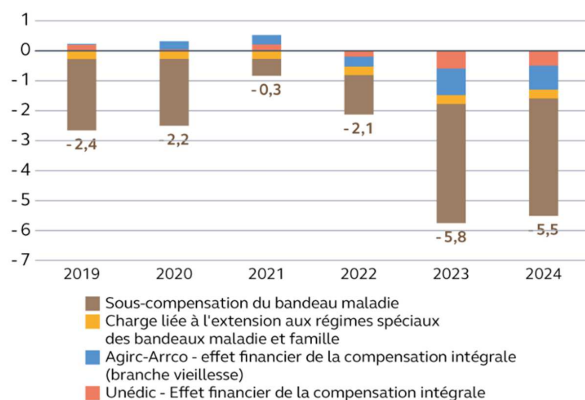
En outre, le mécanisme confiant à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) la mission de rembourser à l'euro près les pertes de recettes induites par le dispositif pour l'Unedic et l'Agirc-Arrco ⁽²⁾, tout en lui affectant une part de TVA « pour solde de tout compte », donne à la sécurité sociale la responsabilité financière d'un mauvais calibrage, mais sans les outils de pilotage.

EFFET SUR LE SOLDE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX SUPPLÉMENTAIRES DE COTISATIONS SOCIALES PATRONALES DEPUIS 2019

(en milliards d'euros)

(1) Cour des comptes, « Maîtriser la dynamique des allègements généraux de cotisations sociales, contribuer à l'équilibre financier de la sécurité sociale », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, mai 2025.

(2) 7° et 7° bis de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale.



Source : Cour des comptes.

Au total, la Cour des comptes estime que le cumul de la sous-compensation observée depuis 2019 a engendré une dette sociale d'environ 18 milliards d'euros. Si la direction du budget affirme que, sur longue période, il n'y a pas de sous-compensation, force est de constater que ce manque de suivi empêche le public et la représentation nationale de connaître avec précision les effets financiers réels des allègements de cotisation pour l'État et la sécurité sociale. Or, ces sujets font chaque année l'objet de débats parlementaires parfaitement légitimes quand on connaît le rôle que le constituant a entendu confier au législateur en créant les lois de financement de la sécurité sociale en 1996.

Le rapporteur général estime donc urgent de définir les conditions d'un suivi des modes de compensation, ce qui pourrait appeler, comme le propose la Cour des comptes, à une modification du contenu de l'annexe 2 des projets de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss) ⁽¹⁾.

Sur le fond, et en ce qui concerne le présent article, le rapporteur général estime qu'il aurait été souhaitable de prendre en compte la sous-compensation accumulée depuis 2019 afin de laisser à la sécurité sociale une partie des gains générés par la réforme des allègements généraux. Cela nécessiterait une modification de l'article 40 du projet de loi de finances qui excède malheureusement le champ du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

(1) Le contenu de cette annexe est fixé au 3° de l'article L.O. 111-4-4 du code de la sécurité sociale et nécessiterait donc d'être modifié par une loi organique.

**GAINS SPONTANÉS DE LA RÉFORME DES ALLÈGÈMENTS GÉNÉRAUX
ET TRANSFERTS PRÉVUS À L'ÉTAT**

(en milliards d'euros)

	Réforme 2025		Réforme 2026		Total
	Gains sécurité sociale en 2025	Affectation à l'État en 2026 ⁽¹⁾	Gains pour la sécurité sociale en 2026	Affectation à l'État en 2026	
Cnam	+ 0,8	– 0,8 (soit – 1,6 de réaffectation de TVA à l'État + 0,8 de taxe sur les salaires auparavant affectée à la Cnav)	+ 0,6	– 0,6 (soit – 1,4 de réaffectation de TVA à l'État + 0,75 de réaffectation de taxes de la Cnaf et la Cnav)	0
Cnaf			+ 0,25	– 0,25 (affectation à la Cnam du prélèvement sur les jeux et paris en ligne et fraction du prélèvement sur les stock-options)	0
Cnav	+ 0,8	– 0,8 (affectation de taxe sur les salaires à la Cnam)	+ 0,5	– 0,5 (affectation de taxe sur les salaires à la Cnam)	0
Unedic			+ 0,2	– 0,2 (minoration de la TVA affectée à l'Acoess)	0
Agirc-Arrco			+ 0,3	– 0,3 (minoration de la TVA affectée à l'Acoess)	0
TOTAL	1,6	– 1,6	1,9	– 1,9	3,5

Source : annexe 9 au projet de loi de financement.

2. La compensation à l'État des pertes d'impôt sur les sociétés de la réforme de l'assujettissement des compléments salariaux aux prélèvements sociaux (maladie-État)

● **L'article 8** du présent projet de loi de financement comporte des mesures visant à rationaliser les niches sociales applicables aux compléments de salaire, notamment les aides directes (titres-restaurant, chèque emploi-service universel, chèques vacances etc.) et augmente de 10 points le taux de la contribution patronale sur les indemnités de rupture conventionnelle et les indemnités de mise à la retraite.

(1) Le gain de 1,6 milliard d'euros est net de l'effet-retour de l'impôt sur les sociétés (400 millions d'euros) qui bénéficie à l'État. En effet, c'est le gain net au titre de la réforme de 2025 qui a été affecté à la sécurité sociale pour l'année 2025 et réparti entre la Cnam et la Cnav, ce qui signifie que la rétrocession du gain pour l'année 2026 ne peut porter que sur ce périmètre.

Ces mesures engendreraient des recettes supplémentaires de l'ordre de 1,2 milliard d'euros pour la sécurité sociale desquelles il convient de soustraire environ 0,2 milliard d'euros de pertes pour l'État liées aux interactions avec l'assiette de l'impôt sur les sociétés.

- Afin de neutraliser les effets collatéraux pour l'État, il est prévu de transférer un montant équivalent aux pertes d'impôt sur les sociétés à travers une minoration de la fraction de TVA affectée à la branche maladie.

B. LES TRANSFERTS DE L'ÉTAT VERS LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. La compensation par l'État du coût pour la sécurité sociale de la réforme des exonérations ciblées (État-maladie)

- **L'article 9** du présent projet de loi de financement prévoit de modifier plusieurs exonérations ciblées de cotisations sociales : l'aide à la création et à la reprise d'entreprise (Acre), le dispositif applicable outre-mer (dit « Lodéom »), l'exonération de cotisations salariales en faveur des apprentis et celle en faveur des « jeunes entreprises innovantes ». En outre, l'annexe 9 indique que l'exonération ciblée portant sur les embauches d'aide à domicile serait réformée par voie réglementaire, sans préciser toutefois les contours de cette réforme.

Ces dispositifs sont compensés par la sécurité sociale conformément au principe de la loi Veil ⁽¹⁾, c'est-à-dire par affectation de crédits budgétaires. Les économies que leur rationalisation induirait se feront donc au profit de l'État.

- Toutefois, cette réforme accroîtrait le coût des allègements généraux pour l'État dans la mesure où les bénéficiaires de ces dispositifs ciblés peuvent opter en lieu et place de ceux-ci pour le bénéfice des allègements de droit commun. La direction de la sécurité sociale estime que ce renchérissement du coût des allègements généraux s'élèverait à 200 millions d'euros pour les dispositifs liés aux aides à domicile et à 10 millions d'euros pour Lodéom.

Conformément au principe rappelé précédemment, la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale intègrera le besoin de compensation de 210 millions d'euros.

2. La rétrocession à la branche maladie des recettes résultant de l'assujettissement à l'impôt sur le revenu des indemnités journalières versées aux patients en affection de longue durée (État-maladie)

L'article 5 du projet de loi de finances pour 2026 supprime la niche fiscale portant sur les indemnités journalières des patients en affection de longue

(1) Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, inscrite aujourd'hui à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

durée. Celles-ci deviendraient donc intégralement imposables pour un rendement estimé à 0,74 milliard d’euros.

Il est prévu de réaffecter ces recettes supplémentaires d’impôt sur le revenu à la branche maladie.

3. La poursuite de l’affectation à la branche vieillesse du rendement de la réforme des retraites pour la fonction publique de l’État

Comme chaque année depuis 2023, et conformément au principe selon lequel l’ensemble des gains budgétaires liés à la réforme des retraites devait être affecté à la branche vieillesse, la fraction de TVA affectée à la Caisse nationale de l’assurance maladie (Cnam) serait ajustée pour prendre en compte les effets de la montée en charge de la réforme. Les recettes correspondant à ce mouvement sont ensuite rétrocédées à la Caisse nationale d’assurance vieillesse (Cnav) à travers la modification de la clef de répartition de la taxe sur les salaires.

Pour 2026, les gains supplémentaires sont estimés à 70 millions d’euros. Le rapporteur général note que les rendements restent toutefois inférieurs à ceux qui avaient été estimés lors de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 qui avait constitué le point de départ des transferts entre l’État et la sécurité sociale à ce titre. L’écart de rendement estimé, qui s’élevait à 70 millions d’euros en 2025, augmenterait cette année encore mais dans une moindre mesure (+ 2 millions d’euros), pour atteindre au total 72 millions d’euros.

SUIVI DES ÉCARTS DU RENDEMENT DE LA RÉFORME DES RETRAITES POUR LE RÉGIME DE LA FONCTION PUBLIQUE DE L’ÉTAT

(en millions d’euros)

	LFSS 2024 (a)	PLFSS 2026 (b)	Évolution du montant à affecter à la branche vieillesse par rapport à l’année précédente	Différence de rendement attendu (b-a)
2024	194	194	0	0
2025	333	263	69	– 70
2026	405	333	70	– 72
2027	520	n.a.	n.a.	n.a.

Source : commission des affaires sociales à partir des données annexées à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

En outre, la trajectoire présentée ne prend par définition pas en compte l’impact qu’aurait une suspension des mesures d’âge et de durée d’assurance de la réforme des retraites.

Le rapporteur général souhaite indiquer que les données de l’annexe 9 sur le sujet sont d’une grande richesse. Elles éclairent parfaitement la représentation nationale sur les implications de cette réforme qui concerne un dispositif majeur en raison des masses financières qu’il représente pour la sécurité sociale et l’État qui en compense partiellement les pertes de recettes.

II. LES TRANSFERTS OPÉRÉS ENTRE LES BRANCHES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Compte tenu de la situation particulièrement déficitaire de la branche maladie, le Gouvernement propose que lui soient réaffectées des recettes actuellement affectées à d'autres branches.

A. LE TRANSFERT À LA BRANCHE MALADIE DU RENDEMENT DES MESURES DE RATIONALISATION DES COMPLÉMENTS DE SALAIRE ET DES INDEMNITÉS DE RUPTURE (VIEILLESSE-MALADIE)

Les gains induits par les diverses mesures de l'**article 8** au moyen de l'assujettissement au forfait social au taux de 8 % de certains compléments de salaire et l'augmentation de 10 points du taux de la contribution sur les indemnités de rupture conventionnelles et de mise à la retraite améliorent spontanément le solde de la branche vieillesse qui est affectataire de ces deux prélèvements ⁽¹⁾.

Ceux-ci seraient réorientés vers la branche maladie par une modification de la clef de répartition de la taxe sur les salaires. Cela représente un transfert de 1,2 milliard d'euros de la Cnav à la Cnam soit un rendement total de 1 milliard d'euros pour cette dernière compte tenu de la rétrocession à l'État de 0,2 milliard d'euros.

B. LE TRANSFERT À LA BRANCHE MALADIE D'UNE PARTIE DU RENDEMENT DE LA CSG SUR LES REVENUS DE REMPLACEMENT

La branche famille étant structurellement excédentaire, le Gouvernement propose de réaffecter à la Cnam une fraction du rendement de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus de remplacement dont elle est aujourd'hui l'affectataire.

Ce transfert représente un montant total de 1,4 milliard d'euros qui se matérialise concrètement par 0,65 point de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité. La part affectée à la branche famille passerait donc de 0,95 % à 0,3 % (**alinéas 9 à 11**) et celle affectée à la branche maladie passerait de 1,88 % à 2,53 % (**alinéa 12**).

(1) En application de l'article L. 137-17 du code de la sécurité sociale pour le forfait social et de l'article L. 137-12 du même code pour les indemnités de rupture conventionnelle et celles de mise à la retraite d'un salarié.

III. LES MESURES DIVERSES RELATIVES AUX RELATIONS FINANCIÈRES ENTRE ORGANISMES

A. LE REPORT DE LA MISE EN ŒUVRE DU MÉCANISME DE REVERSEMENT SUR SOMMES DUES AU PROFIT DES ATTRIBUTAIRES DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE

1. Une mesure adoptée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 avec une application initialement prévue au 1^{er} janvier 2025

● Conséquence du processus d'unification du recouvrement des cotisations et contributions sociales aux Urssaf, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽¹⁾ a engagé une démarche de rationalisation des relations entre le réseau des Urssaf, chargé de recouvrer un nombre croissant de cotisations et de contributions sociales, et les attributaires finaux de ces ressources.

Inspiré de la procédure appliquée par la DGFIP dans ses relations avec les collectivités territoriales, l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale prévoit que l'Acosse verse aux attributaires finaux d'un certain nombre de cotisations et contributions dont elle assure le recouvrement une somme correspondant au montant légalement dû par les redevables duquel est déduit un taux forfaitaire représentant le risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes. Ce taux est fixé par voie réglementaire à 2 % pour la période 2021-2026 ⁽²⁾.

Ce système présente deux vertus :

– la première est la simplicité et la fiabilité puisqu'elle supprime les opérations de régularisation ultérieure sur la base des montants effectivement recouverts et, par voie de conséquence, les aléas de gestion de trésorerie qui pouvaient en résulter ;

– la seconde est qu'il incite à l'amélioration du processus de recouvrement dans la mesure où c'est l'organisme qui en a la charge qui se trouve pénalisé en cas de mauvais recouvrement et non l'attributaire final.

● L'article 6 de la loi de financement pour 2023 transpose ce système au régime agricole. À compter du 1^{er} janvier 2025, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole devait procéder à des versements sur sommes dues au titre des cotisations et contributions qu'elle recouvre au nom d'autres organismes, à savoir :

– l'ensemble des cotisations du régime de retraite complémentaire pour les salariés agricoles, dont l'attributaire est l'Agirc-Arrco ⁽³⁾ ;

(1) Article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(2) Arrêté du 30 juin 2021 fixant le taux forfaitaire de non-recouvrement, les dates limites de versement aux attributaires et les règles applicables en l'absence de convention en application de l'article D. 133-13-7 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime.

– l’ensemble des cotisations dues pour les risques maternité, maladie, vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles des industries électriques et gazières pour les salariés des sociétés d’intérêt collectif agricole en électricité (SICAE).

2. Un report nécessaire afin de sécuriser le dispositif ainsi que des précisions sur son application

● L’article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoyait la possibilité pour le pouvoir réglementaire de reporter d’un an la date d’entrée en vigueur de ce nouveau mécanisme. Force est de constater que le législateur a fait preuve de sagesse en permettant cette option puisque le Gouvernement s’en est saisi de justesse à la toute fin de l’année 2024 pour repousser son application au 1^{er} janvier 2026 ⁽¹⁾.

Ce délai n’a semble-t-il pas été suffisant. Le V du présent article propose de le repousser d’un an supplémentaire. L’annexe 9 est toutefois peu diserte sur les raisons de ce choix.

● L’article propose également de préciser certaines des dispositions d’application du mécanisme de reversement sur sommes dues :

– d’une part il renvoie à un décret en Conseil d’État le soin de fixer le montant des frais de gestion applicables par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole à ses attributaires, sur le modèle de ce qui est prévu pour l’Acosse ⁽²⁾ (1^o du III) ;

– il exclut du champ les contributions versées par les exploitants agricoles ⁽³⁾ et les travailleurs indépendants et employeurs de pêche maritime ⁽⁴⁾ au titre du financement de leurs activités de formation professionnelle continue.

B. LES MESURES DE COORDINATIONS ET DE TOILETTAGE

1. Les coordinations rendues nécessaires par la suppression du Fonds de solidarité vieillesse à compter de 2026

L’article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 prévoit la suppression du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) à compter du 1^{er} janvier 2026. Ses missions et les ressources dont il disposait pour les mener à bien seront intégralement confiées à la Cnav.

(1) Décret n° 2024-1280 du 31 décembre 2024 reportant l’entrée en vigueur du 5° du II de l’article 6 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

(2) 5° de l’article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Prévues à l’article L. 718-2-1 du code rural et de la pêche maritime.

(4) Prévues à l’article L. 6331-53 du code du travail.

Les missions du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

En application de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, le FSV finance :

- les allocations du minimum vieillesse aux personnes âgées, pour tous les régimes de retraite qui en assurent le service ;
- la prise en charge forfaitaire des cotisations de retraite, au titre de la validation gratuite de trimestres des périodes de chômage, pour le régime général, pour les salariés agricoles, la caisse de sécurité sociale de Mayotte, la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon et, depuis le 1^{er} novembre 2019, pour les travailleurs indépendants. À compter du 1^{er} janvier 2001, ce financement a été étendu à certains avantages vieillesse servis par les régimes de retraite complémentaires obligatoires (Agirc-Arrco). Dans le cadre de la crise sanitaire, il doit aussi assurer, depuis mars 2020, le financement forfaitaire des trimestres d'assurance vieillesse validés au titre du dispositif d'activité partielle ;
- la prise en charge forfaitaire des validations gratuites de trimestres au titre d'autres périodes non travaillées. Cette mission englobe les périodes de volontariat de service civique ainsi que les arrêts de travail, pour le régime général, le régime des salariés et des non-salariés agricoles, le régime mahorais et celui applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon. Depuis 2015, le FSV prend en charge, également sur des bases forfaitaires, les périodes de stage de la formation professionnelle des demandeurs d'emploi, ainsi que le complément de cotisations d'assurance vieillesse dans le cadre d'un contrat d'apprentissage, pour le régime général, pour les salariés agricoles et le régime de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Cette suppression nécessite un ensemble de coordinations dont la grande majorité a été effectuée dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. Le présent article poursuit cette œuvre à travers ses **II** et **IV** qui suppriment la mention du Fonds de solidarité de vieillesse :

– à l'article L. 38 du code des pensions civiles et militaires de retraite relatif au montant plancher de la pension de réversion des conjoints de fonctionnaires décédés (**II**) ;

– à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale relatif aux versements des sommes aux régimes complémentaire de retraite des salariés pour la couverture de certaines de leurs dépenses (**IV**), ce qui est toutefois inutile car d'ores et déjà satisfait par le XIV de l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

2. La mise en cohérence des dispositions relatives à l'affectation de la CSG à l'Unedic

• En application du *d* du 3° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, l'Unedic perçoit 1,47 % de la CSG portant sur les revenus d'activité (correspondant à 17,6 milliards d'euros en 2025). L'article précise la rédaction de cette disposition à droit constant (**alinéa 13**).

IV. IMPACT FINANCIER GLOBAL ET RÉCAPITULATION DES INSTRUMENTS DE TRANSFERTS

1. La somme de ces effets conduit à réduire la part de TVA affectée à la sécurité sociale de 3,44 milliards d'euros

Concrètement, l'article 40 du projet de loi de finances réduit la part de TVA affectée à la sécurité sociale de 28,42 % à 27,36 %, soit une baisse de 1,06 point représentant 3,44 milliards d'euros. Cette baisse traduirait les mouvements suivants :

– une diminution de 3,98 points de la part affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), soit 8,88 milliards d'euros ;

– une augmentation de 2,92 points de la part affectée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de sa mission de remboursement des pertes de recettes engendrées par les allègements généraux à l'Unedic et l'Agirc-Arrco, soit 5,44 milliards d'euros. Ces recettes ne font donc que transiter par les régimes obligatoires de base.

En outre, comme chaque année depuis 2023, la fraction de TVA affectée à l'Acosse est amputée d'un montant forfaitaire au titre des gains induits pour l'Unedic par les dernières réformes de l'assurance chômage.

Pour 2026, cette fraction est fixée à 4,1 milliards d'euros soit légèrement au-dessus de la borne haute fixée dans le document de cadrage envoyé aux partenaires sociaux avant la mise en place de mécanisme.

MONTANT REPRIS PAR L'ÉTAT AU TITRE DE LA COMPENSATION PARTIELLE DE LA RÉDUCTION DÉGRESSIVE SUR LES COTISATIONS D'ASSURANCE CHÔMAGE

(en milliards d'euros)	2023	2024	2025	2026
Montants prévus dans le document de cadrage envoyé aux partenaires sociaux	2	Entre 2,5 et 2,7	Entre 3 et 3,2	Entre 3,5 et 4
Montants prévus à l'arrêté du 27 décembre 2023	2	2,6	3,35	4,1
Écart par rapport à la borne supérieure	0	0,1	0,15	0,1

Source : commission des affaires sociales à partir de l'arrêté du 27 décembre 2023 et du document de cadrage envoyé aux partenaires sociaux chargés de négocier les règles de l'assurance chômage.

Décomposition des mesures prises en compte dans la variation de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale

Le montant de la fraction de TVA affectée à l'Acos est majoré de 5,44 milliards d'euros à la suite des mesures suivantes :

- une majoration au titre de la compensation du coût de l'imputation des allègements généraux pour l'Unedic et l'Agirc-Arrco (+ 6,68 milliards d'euros) ;
- une minoration au titre du gain issu des économies supplémentaires accomplies au titre des allègements généraux sur ces régimes compensés par l'Acos pour 2026 (– 0,49 milliard d'euros) ;
- une minoration au titre de la hausse du plafonnement de la compensation de l'Unedic par l'État, définie par arrêté. La minoration de la compensation augmente de 0,75 milliard d'euros par rapport à 2025, pour atteindre un montant total de 4,1 milliards d'euros pour l'année 2026.

Le montant de la fraction de TVA affectée à la Cnam est minoré de 8,88 milliards d'euros, du fait de la prise en compte des mesures suivantes :

- une minoration au titre de la compensation des gains nets de l'imputation des allègements généraux pour les branches en miroir des pertes pour l'Unedic et l'Agirc-Arrco (– 6,68 milliards d'euros) ;
- une minoration au titre de la rétrocession du gain net des allègements généraux au titre de la réforme de 2025 (– 1,6 milliard d'euros) ;
- une minoration au titre de la rétrocession du gain brut résultant des économies supplémentaires sur les allègements généraux pour 2026 (– 1,41 milliard d'euros) sans tenir compte de la rétrocession de l'Unedic et de l'Agirc-Arrco prise en compte dans la fraction de TVA versée par l'État à l'Acos ;
- une minoration de la fraction au titre de la rebudgétisation des moyens de fonctionnement de la DNS (– 9 millions d'euros) ;
- une majoration au titre de l'affectation du gain de la suppression des dépenses fiscales relatives aux indemnités journalières des personnes en affection longue durée (+ 0,74 milliard d'euros) ;
- une majoration au titre de la prolongation de l'affectation des gains de la réforme des retraites sur le régime des fonctionnaires de l'État (+ 0,07 milliard d'euros).
- la majoration de la fraction au titre de deux transferts croisés (+ 0,01 milliard d'euros) : la compensation par l'État à la sécurité sociale du coût des effets de la réforme de certaines exonérations ciblées (+ 0,21 milliard d'euros) contrebalancée par les effets baissiers de la réforme des compléments de salaires sur l'assiette de l'impôt sur les sociétés (– 0,20 milliard d'euros).

Source : annexe 9 au projet de loi de financement.

2. Les transferts interbranches

Le tableau ci-après résume les effets financiers sur les branches de la sécurité sociale.

IMPACT FINANCIER DES MESURES DE TRANSFERT (EN DROITS CONSTATÉS)

(en millions d'euros)

	2025	2026	2027	2028	2029
Robss		0	0	0	0
Maladie		+ 1 567	+ 1 531	+ 1 512	+ 1 524
Famille		– 5 730	– 5 898	– 6 062	– 6 230
Vieillesse		+ 3 972	+ 4 170	+ 4 347	+ 4 497
Autonomie		+ 190	+ 196	+ 202	+ 209

Source : annexe 9 au projet de loi de financement.

● Le résultat présenté pour la **branche maladie** résulte du solde des mesures suivantes, qui viennent réduire son déficit de 1,6 milliard d'euros :

– une minoration de la fraction de taxe sur les salaires qui lui est affectée (– 96 millions d'euros) ;

– le transfert d'une fraction de 34 % du prélèvement sur les jeux et paris en ligne actuellement affectée à la branche famille (152 millions d'euros) (**alinéa 22 et 3° du I**) ;

– le transfert d'une fraction de 6,02 % des contributions patronales et salariales sur les options de souscription et d'achat d'actions, actuellement affectées à la branche famille (101 millions d'euros) (**alinéa 19 et 2° du I**) ;

– le transfert de 0,65 point de la fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus de remplacement actuellement affectée à la branche famille (1 411 millions d'euros).

● Le résultat présenté pour la **branche famille** résulte du solde des mesures suivantes, qui visent à compenser le surplus dont elle bénéficie au titre du mécanisme d'imputation des pertes de recettes liées aux allègements généraux (3,9 milliards d'euros) et à contribuer à la réduction des déficits des branches maladie et vieillesse :

– le transfert à la branche maladie de la fraction du prélèvement sur les jeux et paris en ligne actuellement (– 152 millions d'euros ; **alinéa 22 et 3° du I**) ;

– le transfert aux branches maladie et vieillesse des contributions patronales et salariales sur les options de souscription et d'achat d'actions (– 1 669 millions d'euros ; **alinéas 16 à 19 et 2° du I**) ;

– le transfert à la branche maladie de la fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus de remplacement actuellement affectée à la branche famille (– 1 411 millions d’euros) ;

– le transfert à la branche vieillesse du rendement total de la taxe sur les conventions d’assurance sur les contrats d’assurance automobile (*d* et *e* du **I**) et d’une fraction de la taxe sur les véhicules de tourisme affectés à des fins économiques (– 1 513 millions d’euros ; *b* du **I**) ;

– le transfert à la branche vieillesse du rendement total des taxes annuelles sur les émissions de dioxyde de carbone et sur les émissions de polluants atmosphériques (– 984 millions d’euros).

● Le résultat présenté pour la **branche vieillesse** résulte du solde des mesures suivantes :

– la minoration de la fraction de taxe sur les salaires qui lui est affectée (– 94 millions d’euros) ;

– le transfert d’une fraction de 93,98 % du rendement des contributions patronales et salariales sur les options de souscription et d’achat d’actions (1 569 millions d’euros ; **alinéas 18 et 23**) ;

– le transfert du rendement total de la taxe sur les conventions d’assurance sur les contrats d’assurance automobile (*d* et *e* du **I**) et d’une fraction de 75,9 % du rendement de la taxe sur les véhicules de tourisme affectés à des fins économiques actuellement affectée à la branche famille (1 513 millions d’euros ; *b* du **I**) ;

– le transfert du rendement total des taxes annuelles sur les émissions de dioxyde de carbone et sur les émissions de polluants atmosphériques (984 millions d’euros).

● Le résultat présenté pour la **branche autonomie** résulte de la majoration de la fraction de taxe sur les salaires qui lui est affectée (+ 190 millions d’euros).

● Le **1° du I** modifie la clef de répartition de la taxe sur les salaires afin de répartir une partie des transferts :

– la part affectée à la branche vieillesse diminuerait de 0,52 point passant de 63,25 % à 62,73 % ;

– la part affectée à la branche famille resterait stable à 10,74 % ;

– la part affectée à la branche maladie diminuerait de 0,54 point passant de 20,93 % à 20,39 % ;

– la part affectée à la branche autonomie augmenterait de 1,06 point passant de 5,08 % à 6,14 %.

● Le rapporteur général déplore ces ponctions récurrentes sur la branche famille alors même que la pérennité de notre système de retraite par répartition repose en partie sur le renouvellement des générations. Or, la baisse de la natalité appelle des mesures structurelles qui représenteraient un investissement essentiel pour la soutenabilité de nos finances sociales.

*

* *

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 13

Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale

Cet article constitue une disposition obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale, proposant au Parlement d'approuver le montant des compensations par l'État des exonérations, réductions et abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale. Cette compensation s'élève pour 2026 à 5,7 milliards d'euros, contre 6,37 milliards d'euros l'année précédente.

Ce montant tient compte des économies anticipées liées à la suppression ou au recentrage prévu à l'article 9 de plusieurs exonérations ciblées dont le coût donne lieu à une compensation à la sécurité sociale au moyen de crédits budgétaires.

I. LE DROIT EN VIGUEUR : LES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS ET EXEMPTIONS D'ASSIETTE FONT L'OBJET D'UNE COMPENSATION

Conformément aux dispositions organiques du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾, l'approbation du montant de la compensation mentionnée à l'annexe dédiée aux exonérations de cotisations sociales recensant l'intégralité des niches sociales et évaluant leurs coûts est obligatoire ⁽²⁾. Elle fait l'objet d'un article de la partie de la loi de financement comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir. L'article 13 du projet de loi pourvoit à cette obligation pour l'exercice 2026.

Le champ d'application de l'annexe 4 englobe ce qui est désormais communément appelé les « niches sociales » :

(1) c du 1° de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale.

(2) 2° de l'article L.O. 111-4-1 du code de la sécurité sociale.

– les exemptions d’assiette, qu’elles soient totales ou partielles. Ces exemptions permettent de déduire certains éléments de l’assiette des rémunérations prises en compte dans le calcul du montant des cotisations ;

– les exonérations de cotisations sociales. Elles prennent principalement la forme de réduction des taux de cotisations sociales, mais peuvent aussi aboutir à l’absence de paiement d’une partie des cotisations de sécurité sociale ;

– les exonérations de toute autre recette contribuant au financement des régimes obligatoires de base, y compris lorsqu’elles portent sur des recettes fiscales affectées à la sécurité sociale (C3S, taxe de solidarité additionnelle...).

II. UNE OBLIGATION DE COMPENSATION QUI FAIT L’OBJET D’UNE INFORMATION DU PARLEMENT

A. UNE OBLIGATION DE COMPENSATION ENCADRÉE PAR DES DISPOSITIONS ORGANIQUES

● La création des allègements généraux sur les bas salaires à l’initiative du gouvernement d’Édouard Balladur au début des années 1990 s’est très vite accompagnée d’une obligation de compensation par l’État des pertes de recettes induites par ces dispositifs de soutien à l’emploi pour la sécurité sociale.

Depuis la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, dite « loi Veil », les exonérations et réductions de cotisations sociales font l’objet d’une obligation de compensation intégrale par l’État. Cette règle, inscrite à l’article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, a depuis été régulièrement renforcée et s’applique également aux exemptions d’assiette depuis 2004 ⁽¹⁾. Matériellement, la règle instaurée par la « loi Veil » se traduit par une compensation à la sécurité sociale « à l’euro près » par l’affectation de crédits budgétaires votés chaque année en loi de finances.

● Toutefois, le législateur financier social peut déroger à cette règle de compensation des exonérations de cotisations sociales par affectation de crédits budgétaires, soit qu’il choisisse de renoncer à toute compensation, soit qu’il décide de compenser la perte de recettes pour la sécurité sociale d’une autre manière ⁽²⁾.

D’après l’annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, quarante-huit mesures de réduction ou d’exonération ont ainsi fait l’objet d’une disposition expresse de non-compensation, la dernière d’entre elles ayant été instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. C’est ainsi que, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, l’article L. 131-7 précité précise les dérogations au principe qu’il pose. Il dispose ainsi aujourd’hui, au 1° du II, que l’obligation de compensation des mesures de

(1) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie.

(2) L’article L.O. 111-3-16 du code de la sécurité sociale confie à la loi de financement le monopole des dérogations au principe général de compensation.

réduction ou d'exonération de cotisations sociales ne s'applique aux allègements généraux de cotisations.

Compte tenu de ce mouvement, l'obligation de compensation « juridique », qui emporte inclusion de ces dispositifs dans le périmètre du présent article, ne concerne guère plus que les exonérations ciblées, dont le montant s'était élevé à 6,2 milliards d'euros en 2025 ⁽¹⁾

● Pour autant, il convient de relever que l'existence d'une disposition juridique expresse de non-compensation en application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale ne signifie pas nécessairement l'absence de compensation financière.

Ainsi, depuis 2006, les allègements généraux font l'objet d'une compensation par l'affectation de recettes fiscales. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 ⁽²⁾ a par ailleurs rationalisé les transferts de compensation des allègements généraux par l'instauration d'un mécanisme de compensation « pour solde de tout compte ». Les dernières extensions de périmètre des allègements généraux – notamment aux cotisations de retraite complémentaire et aux contributions d'assurance chômage – n'ont pas fait exception à ce cadre juridique dérogatoire et se sont logiquement accompagnées d'une augmentation des recettes de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectées par l'État à la sécurité sociale.

Aussi convient-il de distinguer les exonérations compensées en application du principe de la « loi Veil » de celles qui, par dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, sont compensées financièrement par d'autres mécanismes.

● Il résulte de cette situation que les modalités parfois contingentes de l'application du principe de compensation des exonérations sociales ont pu nuire à la lisibilité des relations financières entre l'État et la sécurité sociale. Malgré de récentes évolutions positives, le citoyen intéressé par le suivi des modalités de compensation des exonérations doit aujourd'hui encore s'armer de patience et de persévérance pour relier une recette fiscale affectée à l'exonération de cotisation qu'elle vient compenser.

Le rapport remis au Parlement en octobre 2018 par MM. Christian Charpy et Julien Dubertret en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 ⁽³⁾ proposait de « remettre à plat » ces relations autour de deux principes :

– le partage du coût associé aux mesures générales de baisse de prélèvements obligatoires entre l'État et la sécurité sociale ;

(1) *Annexe 4 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2026*, p. 24.

(2) *Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011*.

(3) *Loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022*.

– le maintien de la règle de compensation par crédits budgétaires pour les exonérations ciblées.

Par ailleurs, le rapport proposait d’unifier les flux de transferts financiers de l’État vers la sécurité sociale autour de la TVA affectée et d’abandonner le système dit du « panier fiscal », c’est-à-dire de l’ensemble des multiples taxes affectées à la sécurité sociale en compensation des exonérations de cotisations sociales.

Les conclusions du rapport ont trouvé à s’appliquer dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ⁽¹⁾ qui a acté la non-compensation de certains dispositifs d’exonérations non ciblées, en particulier l’exonération de cotisations sociales salariales sur les heures supplémentaires ⁽²⁾, pour un montant total de 2,6 milliards d’euros en 2025.

COÛT DES EXONÉRATIONS NON COMPENSÉES

Dispositifs En M€, en droits constatés	2024	2025 (P)	Évolution 2024-2025	2026 (P)	Évolution 2025-2026
EXONÉRATIONS NON COMPENSÉES	2 597	2 596	-0.1%	2 626	1.2%
Exonération sur les heures supplémentaires - part salariale	2 228	2 254	1.2%	2 306	2.3%
Stagiaires en milieu professionnel	121	126	3.5%	128	2.3%
Contrats uniques d’insertion (CUI) / Contrats d’accompagnement dans l’emploi (CAE) - secteur public uniquement	110	73	-33.1%	48	-34.9%
Contrat de sécurisation professionnelle	90	95	5.9%	97	2.7%
Exonération en faveur de jeunes chefs d’exploitations agricoles	48	47	-1.9%	46	-1.6%

Source : annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 45.

En parallèle, la loi de finances pour 2019 a opéré un transfert de TVA massif à la sécurité sociale de près de 32,5 milliards d’euros en contrepartie de la bascule du crédit d’impôt pour la compétitivité et l’emploi en allègement pérenne de cotisations sociales, et de la récupération d’une partie des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement ⁽³⁾.

B. LE CONTRÔLE DU PARLEMENT ET LA TRANSPARENCE SUR L’APPLICATION DE CES COMPENSATIONS SE SONT AMÉLIORÉS

• La multiplication du recours aux « niches sociales » a conduit le législateur organique à ménager un cadre permettant un contrôle attentif du Parlement quant à leur coût, leur utilisation, leur efficacité et leurs modalités de compensation. Deux dispositions participent traditionnellement de cette information :

– l’obligation d’approuver, en loi de financement, le montant des compensations par l’État des exonérations, exemptions d’assiettes et réductions de taux aux organismes de sécurité sociale au sens large ⁽⁴⁾ ;

– la fourniture d’une annexe présentant l’ensemble des mesures de réduction ou d’exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale

(1) Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(2) Article L. 241-17 du code de la sécurité sociale.

(3) Article 96 de la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019.

(4) c du 1° de l’article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale.

affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement et de réduction de l'assiette ou d'abattement sur l'assiette de ces cotisations et contributions, ainsi que celles envisagées pour l'année à venir, et évaluant l'impact financier de l'ensemble de ces mesures, en précisant les modalités et le montant de la compensation financière à laquelle elles donnent lieu.

● L'information présentée dans cette annexe s'est continûment enrichie au fur et à mesure de l'extension du champ et de l'accroissement du montant de ces niches sociales. Les dernières évolutions majeures visant à un contrôle plus efficace de ces niches résultent de la révision du cadre organique relatif aux lois de financement de la sécurité sociale ⁽¹⁾.

Du point de vue de l'information du Parlement, la création d'une nouvelle catégorie de loi de financement de la sécurité sociale – la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale – s'est accompagnée d'une exigence accrue en termes d'évaluation de l'efficacité des niches sociales. En application des dispositions organiques, le projet de loi annuel d'approbation des comptes de la sécurité sociale comporte ainsi une annexe – annexe 2 – présentant une telle évaluation pour au moins le tiers des niches sociales ⁽²⁾.

Enfin, s'agissant du contrôle des niches sociales, le nouveau cadre organique prévient leur prolifération en confiant aux lois de financement le monopole de la création ou de la modification des exonérations établies pour une durée égale ou supérieure à trois ans ⁽³⁾, lequel s'ajoute au monopole déjà établi en matière d'exonération non compensée.

Article L.O. 111-3-16 du code de la sécurité sociale

I. – Seules des lois de financement de l'année ou rectificatives peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit :

1° Soit non compensées à ces mêmes régimes ;

2° Soit établies pour une durée égale ou supérieure à trois ans, lorsqu'elles ont un effet :

a) Sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit ;

b) Sur l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement de ces mêmes cotisations et contributions.

II. – Le I s'applique également :

1° À toute mesure de réduction ou d'exonération de contributions affectées aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale ou aux organismes concourant à leur financement,

(1) *Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, issue d'une proposition de loi organique de M. Thomas Mesnier.*

(2) *3° de l'article L.O. 111-4-4 du code de la sécurité sociale.*

(3) *Article L.O. 111-3-16 du code de la sécurité sociale.*

à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit ;

2° À toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions ;

3° À toute modification des mesures non compensées à la date de l'entrée en vigueur de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

III. LE DROIT PROPOSÉ : L'APPROBATION DE LA COMPENSATION DES EXONÉRATIONS POUR 2026 À HAUTEUR DE 6,45 MILLIARDS D'EUROS

● En application des dispositions organiques, le présent article approuve le montant des exonérations compensées aux organismes de base de la sécurité sociale, tel qu'inscrit dans l'annexe 4, et fixé à 5,7 milliards d'euros en 2026. Ce montant tient compte de quatre mesures de rationalisation d'exonérations spécifiques compensées par le budget général de l'État :

– l'exonération de cotisations salariales dont bénéficient les apprentis serait supprimée, pour une économie de 320 millions d'euros en 2026, puis de 1,2 milliard d'euros en 2027 ;

– l'exonération Lodeom serait réformée, ce qui permettrait d'économiser 350 millions d'euros en 2026, ce montant devant toutefois être réduit d'environ 20 % pour tenir compte de l'incidence de la mesure sur les recettes de l'impôt sur les sociétés ;

– l'exonération applicable aux créateurs et aux repreneurs d'entreprise (Acre) verrait son champ d'application resserré, pour une économie de 90 millions d'euros en 2026 et de 185 millions d'euros à compter de 2027 ;

– l'exonération instituée au profit des jeunes entreprises innovantes (JEI) serait également recentrée, pour un gain de 25 millions d'euros en 2026.

● Le rapporteur général tient à souligner l'importance qui s'attache au respect du principe de compensation des exonérations de cotisations sociales par l'État, cette exigence se faisant d'autant plus pressante que les comptes sociaux sont dégradés. Aussi proposera-t-il de modifier, dans le cadre de l'examen du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale, les modalités de compensation de certaines exonérations pour garantir le respect de la règle définie par la loi « Veil ».

*

* *

Article 14

Approbation, pour l'année 2026, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse

L'article 14, l'un des cinq à être modifiés par la lettre rectificative, répond à une obligation organique. Il porte approbation du tableau d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale pour 2026. Le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) s'établirait à 17,5 milliards d'euros, en amélioration de 5,5 milliards d'euros par rapport à la prévision rectifiée pour l'exercice 2025. Cela est dû à un effort volontariste de 11,1 milliards d'euros de mesures nouvelles. Sans celles-ci, le déficit plongerait spontanément pour atteindre 28,7 milliards d'euros.

Les modalités d'approbation des comptes pour l'année à venir sont établies à l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale.

Article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾

« Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de l'année :

[...]

« 2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. À cette fin, la loi de financement de l'année :

« a) Prévoit les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que celles des organismes concourant au financement de ces régimes ;

[...]

« d) Retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes. »

L'article 14 satisfait ces obligations en portant approbation des tableaux d'équilibre établis pour chaque branche des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes, c'est-à-dire, jusqu'en 2025, exclusivement le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ⁽²⁾.

(1) Dont la rédaction est pour l'essentiel issue de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (Loffss), comme du reste l'ensemble des dispositions organiques définissant le cadre des lois de financement.

(2) Voir le commentaire de l'article 12.

I. L'EXERCICE 2026 : UNE CIBLE AMBITIEUSE DE RÉDUCTION DU DÉFICIT APRÈS UN EXERCICE 2025 CATASTROPHIQUE

A. UNE PRÉVISION DE DÉFICIT LARGEMENT REVUE À LA BAISSÉ DU FAIT D'UN ENSEMBLE DE MESURES NOUVELLES VOLONTARISTES

1. Le solde pour 2026 serait légèrement dégradé par rapport aux prévisions antérieures

Le tableau suivant compare les données du tableau d'équilibre pour 2026 avec les prévisions de la loi de financement pour 2025, telles qu'elles figureraient dans son annexe pluriannuelle ⁽¹⁾ :

COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2026 AVEC LES PRÉVISIONS DE L'EXERCICE ANTÉRIEUR

(en milliards d'euros)

	Prévisions en LFSS 2025 (annexe)			Prévisions en PLFSS 2026 (article 14)			Évolution		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	253,5	269,5	-16	255	267,5	-12,5	1,5	-2	3,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	17	17,3	-0,3	17,1	18	-0,9	0,1	0,7	-0,6
Vieillesse	306,3	312	-5,7	304,5	307,5	-3	-1,9	-4,6	2,7
Famille	61,2	61,2	0	60,1	59,4	0,7	-1,1	-1,8	0,7
Autonomie	42,1	44,3	-2,2	41,8	43,5	-1,7	-0,3	-0,8	0,5
Toutes branches* incluant le FSV	662,2	685,4	-23,2	659,5	676,9	-17,5	-2,8	-8,5	5,7

(*) Indépendamment des transferts entre branches.

Note : en raison d'arrondis, le solde inscrit dans le tableau peut ne pas correspondre à la différence entre les recettes et les dépenses.

Source : loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 et projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 et lettre rectificative.

Cette comparaison constitue un exercice toujours utile, notamment pour se rendre compte du caractère inattendu des variations de recettes comme de dépenses. Entre les prévisions arrêtées en février 2025 en loi de financement et celles qui sont

(1) Le tableau présente les données issues de la lettre rectificative. Celles-ci sont presque inchangées par rapport à la version initiale, si ce n'est que les recettes et dépenses de la branche vieillesse étaient respectivement de 304,4 et 307,4 milliards d'euros. La suspension de la réforme des retraites telle qu'elle résulte de l'article 45 bis du présent projet de loi de financement entraîne des dépenses supplémentaires de 100 millions d'euros, lesquelles sont compensées par des recettes supplémentaires de 100 millions d'euros correspondant au surplus de la taxe sur les organismes complémentaires d'assurance maladie résultant de la hausse de 0,20 point de son taux initial (article 7).

examinées en octobre de la même année ⁽¹⁾, les recettes seraient inférieures de 2,8 milliards d'euros.

La dynamique observée pour les dépenses est la même que pour les recettes quoique dans une ampleur plus grande : les tableaux d'équilibre retracés au présent article font état de moindres dépenses de 8,5 milliards d'euros par rapport aux prévisions de la dernière loi de financement.

Comme cela est évoqué *supra* avec davantage de détail au commentaire de l'article 1^{er}, relatif à la rectification des tableaux d'équilibre pour l'année 2025, les prévisions pour l'année 2025 sont affectées par un ralentissement de l'économie (0,7 % de croissance contre 0,9 % initialement prévues) qui se caractérise par une diminution de l'évolution de la masse salariale anticipée (+ 1,8 % contre + 2,5 %), une réduction de la consommation, qui affecte les recettes de TVA (inférieures de 1,7 milliard d'euros aux estimations) mais également une moindre inflation (1 % contre 1,4 % en LFSS 2025) qui contribue à freiner l'évolution des prestations légales.

Cela contribue à un effet de base qui se répercute sur l'évolution spontanée des recettes et des dépenses pour l'année 2026.

S'agissant des hypothèses macroéconomiques, celles-ci sont globalement dégradées par rapport aux prévisions de février dernier.

(1) L'écart entre ces deux périodes étant particulièrement court cette année du fait des conditions particulières d'examen et d'adoption de la LFSS 2025.

ÉCART DES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES POUR 2026

	Prévisions en LFSS 2025 (annexe)	Prévisions en LFSS 2026 (annexe)	Écart
PIB en volume	1,4 %	1,0 %	– 0,4 %
Masse salariale du secteur privé *	3,1 %	2,3 %	– 0,8 %
Inflation hors tabac	1,8 %	1,3 %	– 0,5 %
Revalorisations au 1^{er} janvier en moyenne annuelle **	1,3 %	0,0 %	– 1,3 %
Revalorisations au 1^{er} avril en moyenne annuelle **	1,5 %	0,4 %	– 1,1 %
Ondam	2,9 %	1,6 %	– 1,3 %

* Masse salariale du secteur privé hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et prime de partage de la valeur ajoutée.

** Évolutions incluant les effets en moyenne annuelle du gel de l'ensemble des prestations sociales.

Source : loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 et projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

On notera que, dans son avis, le Haut Conseil des finances publiques juge que ce scénario est optimiste ⁽¹⁾. Le taux de croissance est très légèrement supérieur à celui retenu par les organismes qu'il a auditionnés mais il repose sur une orientation budgétaire plus restrictive dont les effets sur l'activité à court-terme ne doivent pas être minimisés. En particulier, le Haut Conseil appelle à la prudence sur les estimations retenues par le Gouvernement s'agissant de l'effet sur la croissance des mesures d'ajustement budgétaire ⁽²⁾. Si le Haut Conseil estime que les hypothèses de croissance de la masse salariale sont un peu hautes, celles liées à l'inflation lui paraissent plausibles.

Au total, la combinaison des prévisions de recettes et de dépenses se traduit par un solde en très nette amélioration de 5,7 milliards d'euros par rapport à son niveau anticipé dans la dernière loi de financement.

2. Les mesures nouvelles pour 2026 ont un effet considérable sur le solde attendu

L'absence de publication du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale à la date de rédaction du présent commentaire réduit

(1) Avis n° 2025-5 du Haut Conseil des finances publiques relatif aux projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2026, 9 octobre 2025.

(2) Le Gouvernement retient qu'un ajustement budgétaire de 0,8 point de PIB potentiel se traduirait par un effet négatif de l'ordre de 0,4 point de croissance. Cela traduit un multiplicateur budgétaire particulièrement faible (environ 0,5) par rapport aux valeurs habituelles. À titre d'exemple, la Commission européenne retient généralement un multiplicateur de l'ordre de 0,75.

considérablement les informations à disposition de la représentation nationale. Bien qu'il s'agisse des conséquences de l'instabilité gouvernementale, cela est particulièrement regrettable dans un temps que d'aucuns décrivent comme étant « *le plus parlementaire de la V^e République* ». Comme chaque année, les prévisions pour l'exercice à venir intègrent une actualisation du scénario macroéconomique mais également l'effet des mesures nouvelles, qu'elles aient été prévues dans des lois antérieures ou qu'elles le soient dans le présent projet de loi.

Les mesures décrites dans le tableau suivant font l'objet de commentaires détaillés aux articles qui les concernent. Leurs effets financiers sont distingués par branche. Les mesures de transfert entre l'État et les branches y sont retracées tandis que celles entre les branches de la sécurité sociale sont agrégées ⁽¹⁾.

S'agissant des mesures nouvelles, le présent projet de loi traduit des ambitions particulièrement forte puisque le total des mesures nouvelles hors effets induits s'élèverait à 11,1 milliards d'euros dont 87,3 % concernent la branche maladie. Autrement dit, en l'absence d'adoption de PLFSS 2026, le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale se dégraderait spontanément pour atteindre 28,7 milliards d'euros.

On observe également un montant élevé de transferts financiers de la sécurité sociale vers l'État (9,1 milliards d'euros) qui se matérialisent par la réduction de la fraction de TVA prévue à l'article 40 du projet de loi de finances pour 2026.

(1) Celles-ci sont présentées à l'article 12, relatif à la « tuyauterie » des transferts financiers interbranches.

Section	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Autonomie	Robss
Solde tendanciel	-22,3	-1,5	-4,6	1,4	-1,7	-28,7
Total des mesures (hors effets induits)	9,7	0,5	1,6	-0,6	0	11,2
Mesures en dépenses	6,1	0,2	2,1	0,9	-0,2	9,1
Ondam	6	0,03			-0,1	6
Application du capital décès aux ayants droit des non-salariés agricoles décédés à la suite d'un AT-MP	-0,0004					-0,0004
Gel de la revalorisation des prestations	0,1	0,04	2,2	0,3	0,01	2,7
Effet retour du gel des prestations sur la CSG remplacement	-0,03		-0,1	-0,02	-0,01	-0,2
Intégration de trimestres de majoration de durée d'assurance pour l'accès au départ anticipé pour carrière longue			-0,03			-0,03
Décalage de quatre ans de la majoration pour âge des allocations familiales (passage de 14 à 18 ans)				0,2		0,2
Ralentissement du dynamisme du Fonds national d'action sociale				0,4		0,4
Dotation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante		0,1				0,1
Suspension de la réforme des retraites de 2023			-0,1			-0,1
Majoration de durée pour les sapeurs-pompiers			-0,01			-0,01
Mesures en recettes	11,1	0,3	-4,3	4,2	-0,1	11,2
Optimiser le recouvrement des pensions alimentaires				0,02		0,02
Amélioration des capacités juridiques du recouvrement	0,002	0,0002	0,002	0,001	0,001	
Simplification des procédures de gestion de la protection sociale des artistes-auteurs	0,001	0,0001	0,001	0,0003	0,0002	0,002
Gel des seuils de CSG remplacement, contribution additionnelle de solidarité sur l'autonomie et CRDS	0,1		0,1	0,03	0,1	0,3
Installation d'un mécanisme d'acompte des remises relatives aux produits de santé	0,1					0,1
Réduction des niches sociales applicables aux compléments salariaux			1,2			1,2
Rationalisation des exonérations spécifiques	-0,1		-0,1	-0,05	-0,002	-0,2
Taxe de 2,25 % sur certains organismes complémentaires	1		0,1			1,1
Mesure sur la taxe sur les véhicules de sociétés (PLF)				0,1		0,1
Réforme des allègements généraux LFSS 2025	9,4	-0,1	-6,2	3,9	-0,2	6,8
Perte de recettes induites par la suspension de la réforme des retraites			-0,02			-0,02
Mesure de redressement AT-MP		0,4				0,4
Mesure d'économie supplémentaire sur la réduction générale dégressive unifiée à compter de 2026	0,6	0,003	0,5	0,3	0,01	1,4
Transferts entre l'État et la sécurité sociale	-9,1	0	0	0	0	-9,1
Assujettissement à l'impôt sur le revenu des indemnités journalières en ALD (via une fraction de TVA)	0,7					0,7
Moindre TVA au titre de la rétrocession à l'État à compter de 2026 des économies sur les allègements généraux issues de la LFSS 2025	-1,6					-1,6
Moindre TVA au titre de l'impact de la réduction générale dégressive unifiée sur l'Agirc-Arrco et l'Unedic	-6,8					-6,8
Moindre TVA au titre de la rétrocession à l'État du gain de la mesure d'économie supplémentaire sur la réduction générale dégressive unifiée à compter de 2026	-1,4					-1,4
Transferts internes à la sécurité sociale	1,6	0	3,9	-5,7	0,2	0
Effets induits des mesures sur le solde financier	0,1	0,01	0,01	-0,01	-0,002	0,1
Solde après mesures	-12,5	-1	-3,1	0,7	-1,7	-17,5

Source : commission des affaires sociales, à partir de l'annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

● Près des deux tiers (64,5 %) de l'impact financier des mesures nouvelles (hors transferts financiers) seraient portés par les recettes dont les principales sont les suivantes :

– la principale mesure concerne la deuxième étape de la réforme des allègements généraux de cotisations sociales votée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, à savoir la mise en place de la réduction générale dégressive unique (RGDU) qui fusionne l'ancien dispositif dit « Fillon » portant sur les salaires jusqu'à 1,6 Smic et les réductions de cotisations maladie et familiales (« bandeaux maladie et famille »). À coût identique (72,3 milliards d'euros), le nouveau dispositif induit des transferts financiers massifs qui se font spontanément en faveur de la branche maladie (+ 9,4 milliards d'euros de recettes supplémentaires) et de la branche famille (+ 3,9 milliards d'euros). La branche vieillesse subirait une perte de 6,2 milliards d'euros de même que l'Agirc-Arrco et l'Unedic (– 6,8 milliards d'euros). Les branches autonomie et AT-MP verraient quant à elles leurs recettes diminuer très légèrement (– 0,2 et – 0,1 milliard respectivement). Afin de respecter les annonces faites en 2024 et la trajectoire arrêtée en LFSS 2025, ces effets sont neutralisés *via* des transferts détaillés à l'**article 12** ;

– le gel des barèmes de la contribution sociale généralisée (CSG), de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) à leur niveau de 2025 entraînerait une économie de 0,3 milliard d'euros qui bénéficie à la quasi-totalité des branches (**article 6**) ;

– les mesures de rationalisation des exonérations spécifiques prévues à l'**article 9** rapporteraient au total 0,2 milliard d'euros aux Robss ;

– la taxe à 2,25 % portant sur certains organismes complémentaires induirait des recettes nouvelles de 1 milliard d'euros pour la branche maladie et de 0,1 milliard d'euros pour la branche vieillesse (**article 7**) ;

– la réduction des niches sociales applicables aux compléments salariaux (**article 8**) améliorerait les recettes de la branche maladie de 1,2 milliard d'euros supplémentaires.

● Un peu plus de 35 % des mesures d'économies portent sur les dépenses.

– les mesures sous Ondam rapporteraient cette année près de 6 milliards d'euros par rapport à son évolution tendancielle, en lien avec une fixation de son taux à un niveau inédit (+ 1,6 % par rapport à + 3,6 % en 2025) ⁽¹⁾ ;

(1) Voir le commentaire de l'article 49.

– le gel des prestations sociales pour 2026 conduirait à des économies de 2,7 milliards d’euros sur le champ des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, dont 2,2 milliards d’euros sur la seule branche vieillesse (**article 44**).

Les autres mesures en dépenses concernent essentiellement la branche famille qui, outre l’effet de la non-indexation des prestations familiales (0,3 milliard d’euros), bénéficierait également des économies anticipées sur les dépenses du Fonds national d’action sociale résultant de la faible dynamique des créations de place de garde d’enfants (0,4 milliard d’euros) ainsi que du passage de 14 ans à 18 ans de la condition d’âge permettant de bénéficier de la majoration pour âge des allocations familiales (0,2 milliard d’euros).

B. SOUS L’EFFET DE CES MESURES, LE DÉFICIT SE RÉDUIRAIT CONSIDÉRABLEMENT EN 2025 MAIS RESTERAIT À UN NIVEAU TRÈS PRÉOCCUPANT

• Le tableau suivant compare cette fois les prévisions pour 2026 aux prévisions pour 2025 rectifiées par l’article 1^{er}.

COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2025 AVEC L’EXERCICE PRÉCÉDENT

(en milliards d’euros)

	Rectification pour 2025 (article 1 ^{er})			Prévisions pour 2026 (article 14)			Évolution		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	245,1	262,3	- 17,2	255	267,5	- 12,5	9,9	5,2	4,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	16,9	17,5	- 0,6	17,1	18	- 0,9	0,2	0,5	- 0,3
Vieillesse	297	303,4	- 6,4	304,5	307,5	- 3	7,4	4	3,4
Famille	60,2	59,3	0,9	60,1	59,4	0,7	-0,1	0,1	- 0,2
Autonomie	41,7	42	- 0,3	41,8	43,5	- 1,7	0,1	1,5	- 1,4
Toutes branches* incluant le FSV	643,1	666,1	- 23	659,4	676,9	- 17,5	16,3	10,8	5,5

(*) Indépendamment des transferts entre branches.

Note : en raison d’arrondis, le solde inscrit dans le tableau peut ne pas correspondre à la différence entre les recettes et les dépenses.

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 et lettre rectificative.

Le solde présente une nette amélioration de 5,5 milliards d’euros à la faveur d’une maîtrise des dépenses (+ 1,6 %) et d’une évolution plus dynamique des recettes (+ 3,6 %).

• L’analyse branche par branche laisse apparaître des différences notables de trajectoire pour l’exercice 2026.

La **branche maladie** verrait son solde s'améliorer de 4,7 milliards d'euros sous l'effet de mesures nouvelles améliorant de 9,7 milliards d'euros sa situation financière tendancielle. En effet, hors mesures, le solde de la branche maladie se dégraderait fortement pour atteindre – 22,3 milliards d'euros. La hausse des charges s'établirait à + 2 % dont 1,6 % sous Ondam. Au niveau des recettes, la Cnam bénéficierait de la rétrocession à la branche de la totalité des gains résultant de la rationalisation des niches sociales applicables aux compléments de salaire (1,2 milliard d'euros et de l'affectation de la taxe sur les organismes complémentaires d'assurance maladie (1 milliard d'euros). Le gain total de recettes s'élèverait à près de 10 milliards d'euros.

Le solde de la **branche vieillesse** s'améliorerait de 3,4 milliards d'euros sous l'effet principal de la mesure de gel des pensions de vieillesse. En neutralisant l'effet de périmètre lié à la suppression du Fonds de solidarité vieillesse et à son intégration à la Cnav, le solde serait en hausse de 1,6 %. La trajectoire financière intègre toutefois des dépenses nouvelles liées aux mesures en faveur de la réduction des inégalités de pension entre les femmes et les hommes, à travers la prise en charge d'une partie des majorations de durée d'assurance pour le bénéfice des départs anticipés pour carrière longue ou la modulation de la période de référence pour le calcul du salaire annuel moyen des femmes ayant eu des enfants (**article 45**). Elle comprend par ailleurs l'effet de la mesure adoptée en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 visant à l'octroi de bonifications de durée d'assurance pour les sapeurs-pompiers volontaires, dont les décrets, selon le Premier ministre, devraient bientôt être pris ⁽¹⁾. L'**article 45 bis** ajouté par la lettre rectificative prévoit quant à lui des dépenses supplémentaires de l'ordre de 100 millions d'euros au titre du décalage des calendriers de report de l'âge d'ouverture des droits et de relèvement de la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une retraite au taux plein. Cette mesure est neutre sur le solde puisqu'elle est compensée par un rendement équivalent de 100 millions d'euros provenant de la hausse de 0,20 point du taux de la taxe sur les organismes complémentaires d'assurance maladie prévue à l'**article 7**.

La **branche famille** serait la seule branche excédentaire (+ 0,7 milliard d'euros). Les mesures nouvelles en dépenses (0,9 milliard d'euros d'économies) et en recettes (+ 4,2 milliards d'euros) contribueraient spontanément à l'amélioration de son solde mais elle ferait l'objet de transferts massifs vers les autres branches de la sécurité sociale (– 5,7 milliards d'euros).

La **branche autonomie** verrait son déficit s'accroître sensiblement en 2025 (– 1,4 milliard d'euros). Les mesures nouvelles auraient un faible effet négatif sur sa situation financière (– 0,2 milliard d'euros) qui serait intégralement compensé par les transferts en sa faveur en provenance des autres branches de la sécurité sociale.

(1) L'article 24 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 prévoyait l'octroi de trimestres supplémentaires aux sapeurs-pompiers volontaires ayant effectué au moins dix années de service.

Le déficit de la **branche AT-MP** doublerait par rapport à 2025 (1 milliard d'euros) en dépit de l'apport de mesures nouvelles permettant l'amélioration de ses recettes de 0,4 milliard d'euros et des économies de l'ordre de 0,2 milliard d'euros.

**CHARGES ET PRODUITS NETS DES RÉGIMES DE BASE, PAR BRANCHE, ET DE L'ENSEMBLE
CONSOLIDÉ EN 2026**

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Autonomie	Robss
CHARGES NETTES	267,5	307,5	59,4	18	43,5	676,9
Prestations sociales nettes	248,4	302,3	41,7	14,4	35,9	640,3
Prestations légales nettes	248,2	301,7	34,1	14,4	35,9	631,9
Prestations extralégales nettes	0,2	0,7	7,6	0	0	8,4
Transferts nets	10,8	2,1	14,4	2,4	7,3	20,3
Transferts avec d'autres régimes de base	1,1	0,4	14,3	1,9	0,5	1,6
Transferts avec des fonds	8,8	0	0	0,4	0,2	9,5
Autres transferts versés	0,9	1,6	0	0,1	6,6	9,2
Charges de gestion courante	7,5	2,4	3,2	1,2	0,2	14,6
Autres charges	0,9	0,7	0	0	0	1,7
Charges financières	0,8	0,7	0	0	0	1,6
Charges diverses	0	0	0	0	0	0,1
PRODUITS NETS	255	304,5	60,1	17,1	41,8	659,4
Cotisations, contributions et recettes fiscales nettes	231,4	281,7	59	16,2	41,8	627,6
Cotisations sociales	107,8	171,4	43	15,9	0	336,1
Cotisations prises en charge par l'État	2,1	3,7	0,9	0,1	0	6,9
Contribution de l'employeur	0,5	49,6	0	0,3	0	50,5
CSG	57,4	22,8	13,1	0	37,1	130,1
Autres contributions sociales	1,825	9,145	0,357	0,012	3,626	14,946
Recettes fiscales	62,5	25,9	1,9	0	1,1	91,3
Charges liées au non-recouvrement	-0,7	-0,9	-0,2	-0,2	-0,1	-2,2
Sur cotisations	-0,5	-0,7	-0,2	-0,2	0	-1,6
Sur CSG activité	-0,2	0	0	0	-0,1	-0,3
Sur recettes fiscales et autres contributions sociales	0	-0,2	0	0	0	-0,2
Transferts nets	6,3	21,7	0,2	0,1	0	11,6
Reçus des régimes de base	4,6	12,2	0,2	0	0	0,3
Reçus des fonds de financement	1,4	0	0	0	0	1,5
Reçus de l'État	0	7,7	0	0,1	0	8
Autres	0,2	1,8	0	0	0	1,8
Autres produits	17,3	1,1	0,9	0,8	0	20,1
Produits financiers	0	0,6	0,1	0,1	0	0,9
Produits divers	17,3	0,5	0,8	0,6	0	19,2
RÉSULTAT NET	-12,5	-3,1	0,7	-1	-1,7	-17,5

Source : annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

*

* *

Article 15

Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du Fonds de réserve pour les retraites pour 2026

L'article 15 répond à une obligation organique. Il fixe à 16,4 milliards d'euros pour 2026 l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Comme chaque année depuis 2011, il prévoit un montant nul de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites.

L'**article 15** satisfait une obligation organique issue de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale. Aux termes de celui-ci, dans « *sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de l'année : [...] b) Détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement et prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit* ».

I. L'OBJECTIF D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE EN 2025

• Le **I** fixe l'objectif d'amortissement par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) pour 2026 à 16,4 milliards d'euros. Ce montant est relativement stable au regard de l'objectif pour 2025 rectifié par l'article 1^{er} du présent projet de loi de financement et de l'amortissement de 16 milliards d'euros constaté pour l'année 2024 ⁽¹⁾.

La relative diminution de l'objectif d'amortissement de la Cades depuis 2023 s'explique à la fois :

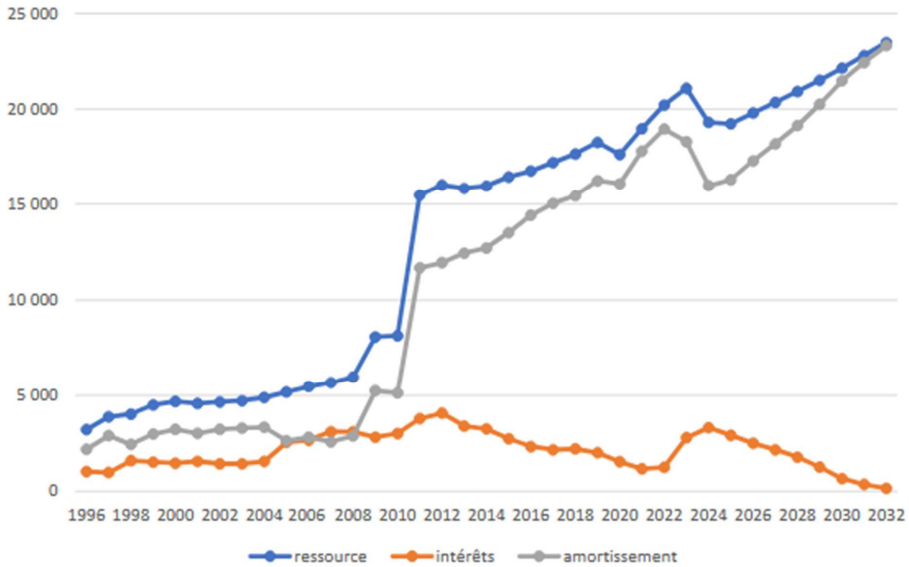
– par une diminution de ses recettes avec l'affectation à la CNSA de 0,15 point de contribution sociale généralisée (CSG) dès 2024, soit 2,6 milliards d'euros, et la réduction de la dotation versée par le Fonds de réserve pour les retraites de 2,1 milliards d'euros à 1,45 milliard d'euros en 2025 ;

– par une situation de taux d'intérêt plus élevés liés, comme le soulignait son président au rapporteur général, à la guerre en Ukraine.

La conjonction de ces facteurs conduit la Cades à réduire le remboursement du capital au profit du paiement des intérêts. La corrélation entre baisse des ressources, augmentation des intérêts et diminution de l'amortissement est évidente.

(1) Article 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024.

TRAJECTOIRE D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE PORTÉE PAR LA CADES JUSQU'EN 2033



Source : annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

La trajectoire de reprise de dette avait été tracée par la loi du 7 août 2020 ⁽¹⁾.

Elle prévoyait 136 milliards d'euros ⁽²⁾ minorés des 20 milliards d'euros dont le transfert a déjà été organisé par le décret n° 2020-1074 du 19 août 2020 ⁽³⁾, des 40 milliards repris en application du décret n° 2021-40 du 19 janvier 2021 ⁽⁴⁾ et des 40 milliards repris en application du décret n° 2022-23 du 11 janvier 2022 ⁽⁵⁾ et

(1) Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

(2) Pour mémoire, 31 milliards d'euros au titre des déficits cumulés par la branche maladie du régime général, le Fonds de solidarité vieillesse, le régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, 92 milliards d'euros de déficits prévisionnels du régime général et du régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et 13 milliards d'euros au titre des emprunts contractés au 31 décembre 2019 par les établissements de santé relevant du service public hospitalier.

(3) 6,2 milliards d'euros du Fonds de solidarité vieillesse, 10,2 milliards d'euros de la Caisse nationale de l'assurance maladie et 3,6 milliards d'euros de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole au titre du régime d'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés agricoles.

(4) Pour mémoire, il s'agit de 9,9 milliards d'euros correspondant aux déficits cumulés fin 2019 de la branche maladie et du Fonds de solidarité vieillesse, de 1,3 milliard d'euros de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, de 23,8 milliards d'euros de déficits 2020 des branches maladie, vieillesse, famille et du Fonds de solidarité vieillesse et de 5 milliards d'euros au titre de la dette des établissements relevant du service public hospitalier au 31 décembre 2019.

(5) 32,3 milliards d'euros au titre de la couverture des déficits cumulés de la branche maladie, 1,46 milliard d'euros au titre de ceux de la branche vieillesse et 1,2 milliard d'euros au titre de ceux du Fonds de solidarité vieillesse, ainsi que 5 milliards d'euros au titre de la dette des établissements relevant du service public hospitalier au 31 décembre 2019. Ce même décret n° 2022-23 du 11 janvier 2022 a annulé la reprise des déficits de la branche vieillesse et famille pour 2020 au motif que les situations nettes de ces branches restaient excédentaires à fin 2020 après l'imputation des déficits 2020. Il pourrait en aller de même pour les déficits

27,2 milliards d’euros repris en application du décret n° 2023-12 du 11 janvier 2023. Elle s’est achevée en 2024 avec un montant de dette repris de 8,8 milliards d’euros en application du décret n° 2024-176 du 6 mars 2024 ⁽¹⁾.

REPRISE DE DETTE RÉALISÉE EN 2024 PAR LA CADES

(en euros)

Date du versement	Versement de la Cades à l’Acoss	Dont affectation à la branche maladie
12 mars 2024	2 192 116 296,04	2 192 116 296,04
26 juin 2024	4 982 082 490,99	4 982 082 490,99
20 septembre 2024	1 594 266 397,11	1 594 266 397,11
Total	8 768 465 184,14	8 768 465 184,14

Source : décret n° 2024-176 du 6 mars 2024 précité.

Dans les conditions actuelles et au regard des données fournies par le président du conseil d’administration de la Cades au rapporteur général, la cible d’amortissement pour 2026 semble atteignable. La satisfaction de cet objectif mènerait la Cades en 2025 à un amortissement cumulé de 291,2 milliards d’euros pour un total de dette reprise de 396,5 milliards d’euros. La situation nette de la Cades, obtenue en faisant la différence entre le total de dette reprise et l’amortissement cumulé, serait alors de – 105,4 milliards d’euros, un montant toujours plus élevé qu’en 2020.

En l’état, les scénarios dont son président a fait état au rapporteur général en audition présagent d’une perspective plutôt optimiste s’agissant de la capacité de la Cades à amortir totalement la dette transférée jusqu’ici à l’horizon 2032. Toutefois, la situation particulièrement dégradée des comptes sociaux est une source de préoccupation pour l’avenir de la caisse. Dans leur rapport d’octobre 2024 relatif à la gestion de la dette sociale, nos collègues Hadrien Clouet et Stéphanie Rist évoquaient l’hypothèse formulée par certaines des personnes auditionnées d’une nouvelle reprise de dette. Le montant de dette pouvant être repris par la Cades sans que sa date d’extinction soit reportée correspondrait donc à sa capacité d’amortissement prévisionnelle pour l’année 2033, laquelle dépend de la dynamique de ses recettes et de l’évolution des conditions de taux d’intérêt auxquels elle peut se financer.

Le nouveau président de la Cades rejoignait les protestations de son prédécesseur lorsqu’il fut interrogé sur le sujet lors de son audition par le rapporteur général. Selon lui, aucune reprise de dette ne serait viable si elle ne s’accompagnait pas de la définition d’une trajectoire crédible de redressement des comptes sociaux. Il a par ailleurs alerté sur la faible marge de manœuvre dont disposerait la Cades en 2033 en cas de turbulences sur les marchés financiers.

cumulés du Fonds de solidarité vieillesse que la Cades devait continuer de reprendre, compte tenu de la situation excédentaire de ce dernier, au moins au titre de l’année 2023.

(1) Décret n° 2024-176 du 6 mars 2024 relatif au transfert à la Caisse d’amortissement de la dette sociale des déficits du régime général en 2023 et au transfert à la Caisse d’amortissement de la dette sociale des déficits du régime général à effectuer en 2024.

● Or, force est de constater que, comme l'année dernière, ce projet de loi de financement en général et la trajectoire financière pluriannuelle n'augurent pas de notre capacité à faire face à ce risque à court-terme. Le premier président de la Cour des comptes évoquait en mai dernier, devant la commission des affaires sociales, la situation financière « *alarmante* » de la sécurité sociale. Il a poursuivi en indiquant que « *le point de bascule [qu'ils avaient] annoncé pour 2027 [était] atteint dès cette année, le déficit devenant supérieur à la capacité d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). En 2028, la dette sociale devrait avoisiner 175 milliards d'euros, la plus grande part reposant non plus sur la Cades mais sur l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), dont la mission n'est pas de financer la dette à moyen et long terme. Ces mécanismes génèrent un risque sérieux de crise de liquidité dès 2026. Prolonger l'existence de la Cades pourrait constituer une solution, mais cette prolongation requiert une loi organique* ⁽¹⁾. »

Certes il n'apparaît pas souhaitable au rapporteur général de proroger la durée de vie de la Cades, dont l'extinction était initialement prévue, faut-il le rappeler, au 31 janvier 2009. Une telle option entraînerait en effet le maintien d'impositions affectées à la seule fin d'amortir la dette sociale. Le rapporteur général ne peut toutefois jeter le voile sur cette question dont le traitement apparaît d'autant plus urgent et prioritaire que la date à laquelle devrait intervenir une telle révision ne cesse de s'approcher et que les conditions politiques nécessaires à une prorogation ne cessent de se détériorer. « *Il y a des volcans qui se meurent / il y a des volcans qui demeurent* » disait le poète. Nul ne saurait ainsi prétendre, sans se fourvoyer lourdement, que l'extinction de la dette de la sécurité sociale est accessible tant que demeurera le volcan sur lequel nous l'avons assise au prix d'années d'errements et de mauvaise gestion.

II. LES RECETTES AFFECTÉES AU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES

Comme pour les exercices précédents depuis 2011, le **II** affecte un montant nul de recettes au Fonds de réserve pour les retraites, dont la vocation n'est plus d'être alimenté mais de procéder à des décaissements, notamment en faveur de la Cades.

III. LES MISES EN RÉSERVE AU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

Comme pour les exercices précédents depuis 2011, le **III** prévoit une mise en réserve nulle de recettes au sein du Fonds de solidarité vieillesse. Celui-ci n'a plus vocation à constituer des réserves même s'il a pu exercer cette mission dans le passé.

*

* *

(1) Audition du premier président de la Cour des comptes par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, mercredi 28 mai 2025.

Article 16

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

Cet article, conformément au e du 2° de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale, arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement autorisés à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources. Comme en 2025, les organismes concernés par cette habilitation sont l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF), la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL).

**I. L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE
AUTORISÉE À EMPRUNTER 83 MILLIARDS D'EUROS, CE MONTANT
RÉPONDANT À L'HYPOTHÈSE D'UNE MISE EN ŒUVRE DE L'ENSEMBLE
DES MESURES DE REDRESSEMENT PRÉVUES PAR LE PROJET DE LOI**

● Face aux variations du profil de sa trésorerie et pour l'autoriser à refinancer les déficits du régime général ainsi que ceux des autres régimes auxquels elle consent des avances, l'Acos serait habilitée à souscrire des emprunts d'un encours total de 83 milliards d'euros, contre 65 milliards d'euros en 2025 et 45 milliards en 2024.

ÉVOLUTION DU PLAFOND D'EMPRUNT DE L'ACOSS

Année	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026 (p)
Plafond défini par la loi de financement de la sécurité sociale (en milliards d'euros)	39 (puis 70, puis 95 après relèvement par décret)	95	65	45	45	65	83

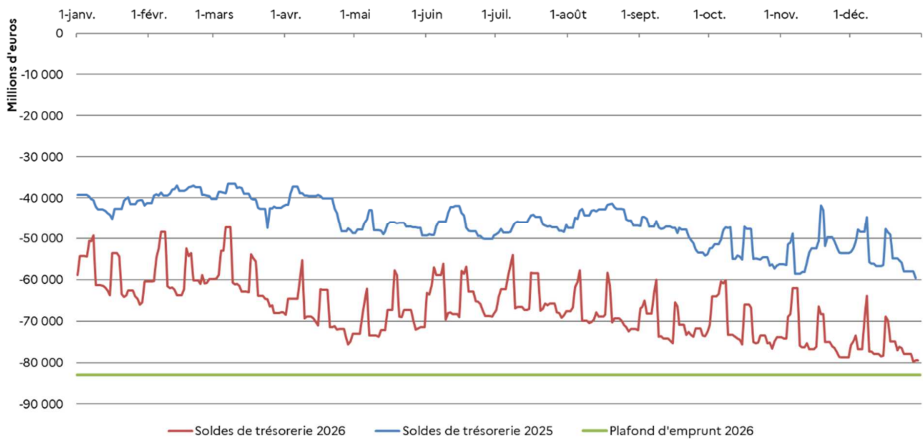
La poursuite de la trajectoire de hausse de ce plafond d'emprunt engagée l'année dernière traduit l'accumulation des déficits de base directement supportés par l'Acos ou refinancés par cette dernière, qui ne sont plus couverts depuis 2023 par un programme de transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) ⁽¹⁾. Outre la gestion commune de la trésorerie des branches du régime général de sécurité sociale, l'Acos participe à la couverture des besoins de financement de

(1) Les derniers versements de la Cades à l'Acos, au titre de la reprise de dette mise en œuvre sur le fondement de la loi organique n° 2020-991 relative à la dette sociale et à l'autonomie et de la loi n° 2020-992 relative à la dette sociale et à l'autonomie, toutes deux du 7 août 2020, sont intervenus en 2024. Cf. décret n° 2024-176 du 6 mars 2024 relatif au transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale des déficits du régime général en 2023 et au transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale des déficits du régime général à effectuer en 2024.

court terme d’autres régimes, auxquels elle consent des avances et des prêts ⁽¹⁾. Parmi ceux-ci, la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales revêt une importance particulière par le niveau des déficits qu’elle accumule depuis la dernière reprise de dette dont elle a bénéficié, intervenue en 2020 ⁽²⁾.

Compte tenu de l’augmentation de l’encours de dette supporté par l’Acoss, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a prévu de relever la durée maximale des titres qu’émet l’Agence pour lui permettre d’intervenir sur de nouveaux marchés et garantir le refinancement de ses passifs. Aussi cette durée a-t-elle été portée d’un an à deux ans, sans toutefois que la moyenne pondérée de la durée des titres de l’Acoss puisse excéder un an ⁽³⁾. D’après son directeur, l’Acoss pourrait émettre au cours des prochaines semaines de premiers titres d’une durée supérieure à un an ⁽⁴⁾.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE L’ACOSS EN 2025 ET 2026



Source : annexe 3 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 39.

La comparaison de l’évolution prévisionnelle de la trésorerie de l’Acoss en 2025 et 2026 fait apparaître l’augmentation de son besoin de financement. Par rapport au point bas anticipé, le plafond prévu par cet article prévoit une marge de

(1) Article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale.

(2) Il s’agit de la partie A de l’article 4 de l’ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale dans sa rédaction résultant de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l’autonomie. Cette disposition législative prévoyait la reprise, par la Caisse d’amortissement de la dette sociale (Cades), des déficits de la CNRACL constitués jusqu’au 31 décembre 2019. La CNRACL a reçu 1,29 milliard d’euros de la Cades sur ce fondement, cette somme correspondant aux déficits des exercices 2018 et 2019.

(3) Premier alinéa de l’article L. 139-3 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de l’article 39 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(4) Audition de M. Damien Ientile, directeur de l’Acoss, le 16 octobre 2025.

sécurité d'environ 3 milliards d'euros – plus étroite qu'en 2025, où elle serait de l'ordre de 7 milliards d'euros ⁽¹⁾.

● Par ailleurs, le taux moyen de financement de l'Acoss a atteint 2,98 % en 2024, contre un peu moins de 2 % l'année précédente, prolongeant ainsi une trajectoire haussière liée à l'augmentation générale des taux d'intérêt ⁽²⁾.

EVOLUTION DES INDICATEURS DE GESTION FINANCIÈRE DE L'ACOSS

En millions d'euros	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Plafond initial fixé en LFSS	38 000	39 000	95 000	65 000	45 000	45 000
Plafond rectifié		39 000 jusqu'au 24 mars 70 000 jusqu'au 20 mai 95 000 après le 20 mai				
Point bas de trésorerie (max ressources non permanentes mobilisées)	-34 900	-89 700	-79 700	-58 100	-31 900	-40 089
Solde moyen du compte ACOSS	-18 300	-42 500	-44 200	-23 800	-2 200	-1 464
Montants moyens empruntés	26 900	63 500	64 700	41 000	19 200	26 629
Répartition du financement						
Encours moyen Caisse des dépôts et consignations et autres banques	800	6 300	0	0	0	0
Encours moyen de NeuCP/dépôts "sphère publique"	1 100	1 100	500	0	0	0
Encours moyen de Negociable european commercial papers (NeuCP) "marché"	3 700	21 500	16 400	9 600	4 500	6 032
Encours moyen d'Euro commercial papers (ECP) "marché"	21 400	34 500	47 730	30 500	13 900	19 730
Maturité moyenne des TCN (ECP , NeuCP) Emis	52,0	106,0	93,0	50,0	36,0	55,0
Taux moyen annuel de financement (taux des branches)	-0,650% **	-0,339% **	-0,6106% **	0,3381% **	1,9987% **	2,98%
Taux moyen annuel "Ester" pondéré des montants	-0,36%	-0,46%	-0,48%	-0,15%	2,56%	3,37%
Taux intérêt moyen des NeuCP/ECP :	-0,53%	-0,38%	-0,57%	-0,19%	2,92%	3,67%
Coût de financement net	-118,9	-143,4	-271,3	-70,4	75,7	-101,7
dont charges débitrices	-141,3	-241,0	-371,8	62,8	617,4	1047,9
dont intérêts créditeurs	22,4	97,6	100,5	133,2	541,7	947,7
Marge moyenne au-dessus de l'Estr pondéré des montants (points de base)	-29,0	13,0	-12	-19	-56	-39

Source : Repss financement, Placss 2024, p. 59.

● Il convient de relever que le plafond soumis à l'approbation du Parlement a été défini en tenant compte de l'ensemble des mesures prévues par le projet de loi, non au regard de l'évolution spontanée – et spontanément défavorable – du solde des comptes sociaux. Aussi, toute dégradation des prévisions de déficit au cours des débats parlementaires devrait entraîner le relèvement à due concurrence de ce plafond.

Par ailleurs, le rapporteur général souligne que l'Acoss bénéficierait l'année prochaine d'une amélioration temporaire de sa trésorerie liée à la mise en place du mécanisme d'acompte sur les remises versées par les industriels du médicament, prévu par l'article 11 du projet de loi, dans le prolongement d'une proposition qu'il avait faite lors de l'examen du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale.

(1) Le point bas, qui devrait être atteint le 27 décembre prochain, s'élevant à 58 milliards d'euros et le plafond d'emprunt étant fixé à 65 milliards d'euros.

(2) Annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 109, et rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (Repss) – financement, annexe 1 au Placss 2024, p. 59.

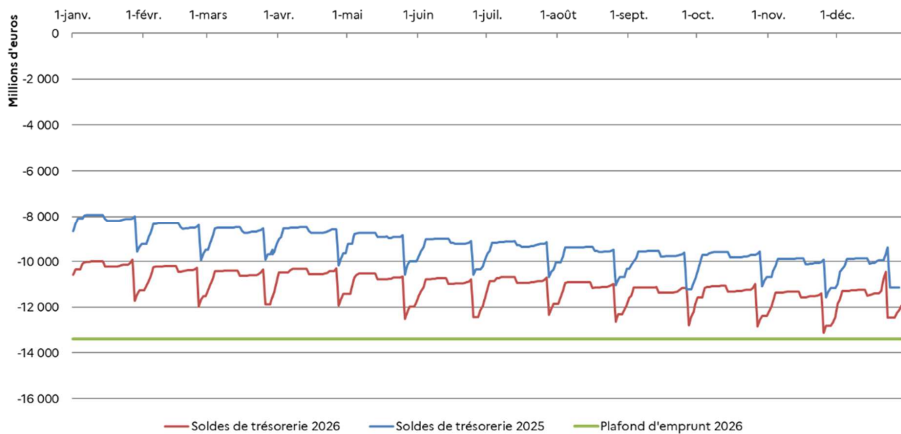
Il paraît tout à fait clair que, compte tenu des prévisions de solde des régimes de base et de l'encours actuel des emprunts de l'Acoss, sauf à modifier le mode de gestion de ces passifs, leur reprise par la Cades s'imposera tôt ou tard. L'évolution récente des taux d'intérêt, qui renchérit le refinancement de la dette portée par l'Acoss, conforte cette analyse. Le rapporteur général estime qu'il convient d'anticiper autant que possible cette perspective en prévoyant le moment à partir duquel la gestion de ces passifs pourrait être mise en risque. Il appelle le Gouvernement à faire preuve de la plus grande transparence sur ce sujet à l'égard des parlementaires : ils devraient se prononcer en cas de nouvelle reprise de dette, qui supposerait l'adoption d'une loi organique pour reporter le terme des missions de la Cades au-delà du 31 décembre 2033.

II. LE PLAFOND D'EMPRUNT DE LA CAISSE NATIONALE DE RETRAITES DES AGENTS DES COLLECTIVITÉS LOCALES DE NOUVEAU RELEVÉ MALGRÉ LES EFFETS DES MESURES DE REDRESSEMENT MISES EN ŒUVRE

- Après une période de redressement favorisée par les mesures mises en place entre 2013 et 2019, la CNRACL est de nouveau déficitaire depuis 2019. Cette situation résulte d'une nouvelle dégradation de sa situation financière.

Aussi, en 2026, le régime connaîtrait un solde moyen de – 11,1 milliards d'euros, contre – 9,5 milliards d'euros en 2025 et – 7,2 milliards d'euros en 2026.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CNRACL EN 2025 ET 2026



Source : annexe 3 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 43.

- Cette situation conduit le régime à solliciter une habilitation à emprunter un encours pouvant atteindre 13,4 milliards d'euros. C'est 0,2 milliard d'euros de plus qu'en 2025 et 2,4 milliards d'euros de plus que l'année précédente.

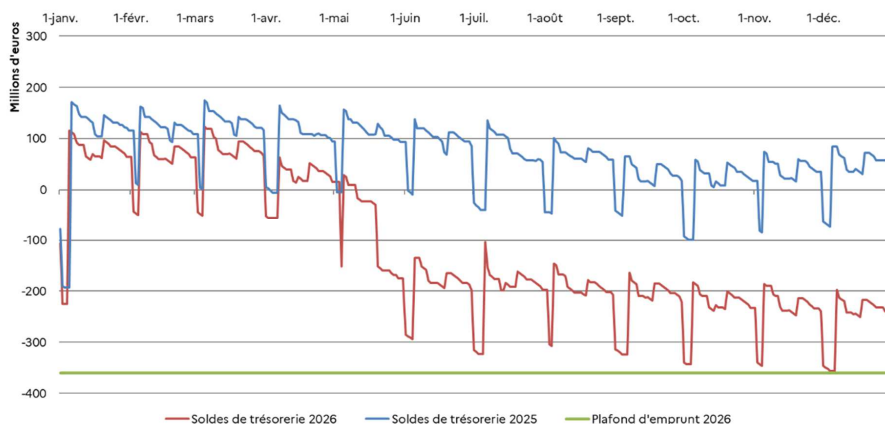
Notons que, pour contenir le déficit structurel du régime, le taux des cotisations patronales d'assurance vieillesse des agents affiliés à la CNRACL a été augmenté de trois points en 2025, conformément à la trajectoire prévue lors de l'adoption de la dernière loi de financement de la sécurité sociale ⁽¹⁾. Cette hausse de trois points devrait se poursuivre chaque année entre 2026 et 2028 afin de limiter l'accumulation des déficits du régime.

III. LA CAISSE AUTONOME NATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES MINES ET LA CAISSE DE PRÉVOYANCE ET DE RETRAITE DU PERSONNEL DE LA SNCF CONFRONTÉES À DES PROBLÈMES DE TRÉSORERIE RÉCURRENTS LIÉS À DES RÈGLES SPÉCIFIQUES

• Dès 2008, correspondant à sa première année de fonctionnement après sa création en 2007, la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) a été autorisée par la loi de financement de l'année à recourir à des ressources non permanentes pour couvrir les besoins de trésorerie du régime.

Au cours de ses premières années de fonctionnement, le profil de trésorerie de la CPRP SNCF était caractérisé par un décalage entre, d'une part, le rythme de versement trimestriel des pensions de retraite aux affiliés au premier jour ouvré du trimestre, et, d'autre part, la cadence des encaissements de cotisations, le 5 de chaque mois, et de la subvention de l'État, nécessitant ainsi un recours à l'emprunt auprès d'établissements bancaires.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CPRP SNCF EN 2025 ET 2026



Source : annexe 3 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, p. 42.

(1) Voir le rapport annexé à la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025. Ce taux est défini par voie réglementaire.

Dans un contexte de crise financière et de tensions accrues en matière de trésorerie, le décret n° 2011-1925 du 21 décembre 2011 a fixé un calendrier de versement fractionné des pensions pour 2012, dispositif reconduit de 2013 à 2015.

Depuis le mois de janvier 2016, en application du décret n° 2016-539 du 15 mai 2015, les pensions sont payées mensuellement, ce qui a permis de réduire de près de 50 % le besoin en fonds de roulement moyen.

En outre, conformément au schéma de financement des régimes de retraite mis en extinction instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, l'équilibrage de la CPRP SNCF sera assuré au moyen de dotations de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), ce qui aura pour effet de réduire les besoins de financement de ce régime par rapport aux exercices précédents.

Aussi, le solde moyen de trésorerie sur l'année est prévu à – 118,13 millions d'euros en 2026, avec un point bas à – 356,89 millions d'euros. Il s'établit à – 192,77 millions d'euros pour l'exercice en cours.

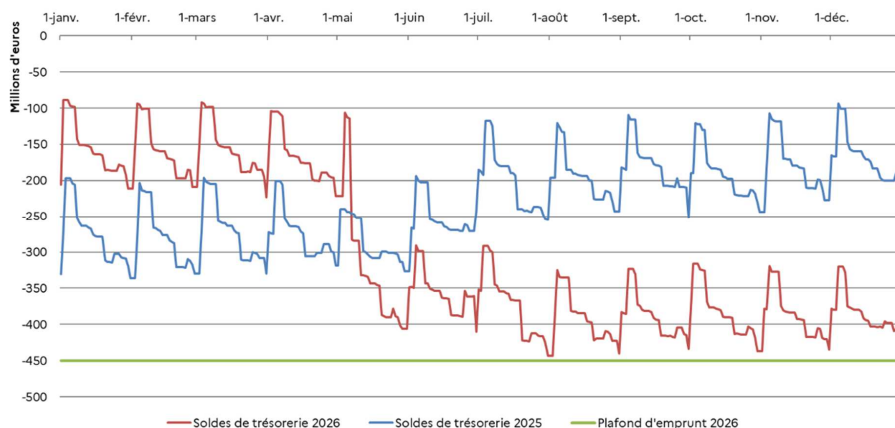
Le présent article prévoit ainsi un plafond d'emprunt de 360 millions d'euros, contre 300 millions d'euros en 2025.

- La Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM), chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime minier, fait face à des difficultés de financement depuis qu'elle a commencé d'accumuler des résultats déficitaires. Ces derniers, en conduisant à réduire les réserves de la caisse, ont limité sa capacité à couvrir ses besoins de financement, auparavant pris en charge en mobilisant celles-ci.

Les recettes de la caisse sont constituées à plus de 90 % par des ressources externes : dotation d'équilibre versée par la branche maladie du régime général pour le risque maladie, compensation généralisée « vieillesse », et subvention de l'État pour le risque vieillesse – remplacée à compter de 2025 par une dotation d'équilibre versée par la Cnav.

Celles-ci ne suffisaient néanmoins plus à couvrir les besoins de trésorerie issus des déficits passés cumulés, qui ont requis de majorer significativement, au cours des dernières années, les autorisations d'emprunt accordées à la caisse en loi de financement de la sécurité sociale.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CANSSM EN 2025 ET 2026



Source : annexe 3 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, p. 41.

Pour l'exercice 2026, le solde moyen prévisionnel de trésorerie de la CANSSM est de – 303,5 millions d'euros. Le point bas serait à – 443,4 millions d'euros, contre – 435,22 millions d'euros en 2025.

Le présent article habilite la CANSSM à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 450 millions d'euros, soit un niveau identique à celui du plafond prévu par les trois précédentes lois de financement.

Le besoin du régime en ressources non permanentes continuerait à être assuré exclusivement par des avances de trésorerie de l'Acoss, dans le cadre de l'intégration financière de la branche maladie.

*
* *

Article 17

Approbation de l'annexe pluriannuelle

L'article 17 porte approbation du « rapport figurant en annexe à la présente loi », qui présente les trajectoires, sur les quatre prochaines années, des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que, mécaniquement, leurs soldes.

Ce rapport intègre, comme l'impose le cadre organique issu de la loi organique du 14 mars 2022, un « compteur des écarts » en dépenses permettant de vérifier la tenue des engagements pris dans la loi de programmation pour les finances publiques. Il présente enfin la trajectoire pluriannuelle prévisionnelle, également pour quatre ans, de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Le contenu du rapport annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année répond aux prescriptions de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi organique du 14 mars 2022 ⁽¹⁾.

Les données présentées comme provenant de l'annexe sont, sauf mention contraire, celles de sa rédaction résultant de la lettre rectificative déposée par le Gouvernement le jeudi 23 octobre 2025. Dans un souci de sincérité, le rapporteur général a toutefois également souhaité présenter les données issues du projet de loi initial dans les tableaux du présent commentaire d'article.

I. LE DÉFICIT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES SE STABILISERAIT À UN NIVEAU ÉLEVÉ À HORIZON 2029

A. L'ÉCART DES PRÉVISIONS PAR RAPPORT À LA LFSS 2025

Le rapport annexé à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 faisait état d'une prévision de dégradation du solde des régimes obligatoires à compter de 2024. Le niveau des déficits attendus pour 2025 devrait être légèrement

(1) « Le projet de loi de financement de l'année est accompagné d'un rapport décrivant, pour les quatre années à venir, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base, par branche, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances.

« Le rapport précise les hypothèses sur lesquelles repose la prévision de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces hypothèses prennent en compte les facteurs concourant à l'évolution tendancielle de cet objectif ainsi que l'impact attendu des mesures nouvelles.

« En outre, ce rapport présente, pour chacun des exercices de la période de programmation de la loi de programmation des finances publiques en vigueur, les écarts cumulés entre, d'une part, les prévisions de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement qui figurent dans cette même loi et, d'autre part, les objectifs de dépenses décrits dans ce rapport.

« Le rapport précise les raisons et hypothèses expliquant ces écarts ainsi que, le cas échéant, les mesures prévues par le Gouvernement pour les réduire. »

plus dégradé ⁽¹⁾. Cet effet de base est toutefois compensé par les mesures proposées dans le présent projet de loi de financement et qui ont un effet positif durable sur le solde des régimes obligatoires de base.

En effet, l'annexe projette un déficit qui, après s'être fortement dégradé en 2025 à 23 milliards d'euros ⁽²⁾, se réduirait fortement en 2026 (17,5 milliards d'euros), légèrement moins en 2027 (16,8 milliards d'euros) et 2028 (16,6 milliards d'euros) avant de se dégrader à nouveau en 2029 (17,9 milliards d'euros). Ces déficits restent toutefois très largement inférieurs à ceux projetés dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale, comme en témoigne le tableau ci-dessous.

(1) Voir supra le commentaire de l'article 1er.

(2) Voir supra le commentaire de l'article 14.

COMPARAISON DES TRAJECTOIRES PRÉVUES EN LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2025 ET DANS LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026 (AVANT ET APRÈS DÉPÔT DE LA LETTRE RECTIFICATIVE)

(en milliards d'euros)

LFSS 2025 (a)	2023	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	
Recettes	600	624,7	644,3	662,2	682,6	702,5	
Dépenses	610,7	642,9	666,4	685,4	705,6	726,6	
Solde	-10,8	-18,2	-22,1	-23,2	-23	-24,1	
PLFSS 2026 (texte initial) (b)	2023	2024	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
Recettes	600	627,8	643,1	659,4	676,4	694,7	711,8
Dépenses	610,7	643,1	666,1	676,9	693,5	711,6	730,1
Solde	-10,8	-15,3	-23	-17,5	-17,1	-16,9	-18,3
Écart de solde	0	2,9	-0,9	5,7	5,9	7,2	
PLFSS 2026 (lettre rectificative) (c)	2023	2024	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
Recettes	600	627,8	643,1	659,5	676	694,3	711,4
Dépenses	610,7	643,1	666,1	676,9	692,8	710,9	729,3
Solde	-10,8	-15,3	-23	-17,5	-16,8	-16,6	-17,9
Écart de solde par rapport à la LFSS 2025	0	2,9	-0,9	5,7	6,2	7,5	
Écart de solde par rapport au projet initial	0	0	0	0	0,3	0,3	

Source : annexe de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 et annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 et lettre rectificative.

• Le scénario macroéconomique a été révisé, révélant davantage de prudence de la part du Gouvernement quant aux principales hypothèses sous-jacentes au présent projet de loi.

La croissance en volume serait ainsi plus faible sur l'ensemble de la période par rapport aux prévisions de l'année passée, parfois avec des écarts significatifs de 0,4 point (en 2026).

L'inflation ralentirait plus promptement que prévu et ne rejoindrait son objectif de long terme (1,75 %) qu'en 2027. La masse salariale est sensiblement plus atone qu'attendue en 2025 (1,8 %). Elle remonterait toutefois progressivement en 2026 puis plus franchement en 2027 sans toutefois rejoindre les prévisions inscrites dans la LFSS 2025.

Les principaux déterminants du scénario macro-économique qui sous-tend ces prévisions figurent dans le tableau suivant.

**PRINCIPALES HYPOTHÈSES MACRO-ÉCONOMIQUES QUI SOUS-TENDENT
LES ÉVOLUTIONS PRÉVISIONNELLES DÉCRITES DANS L'ANNEXE (2024-2029)**

LFSS 2025	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	
PIB en volume	1,1%	0,9%	1,4%	1,5%	1,5%	
Masse salariale du secteur privé *	3,3%	2,5%	3,1%	3,4%	3,4%	
Inflation hors tabac	1,9%	1,4%	1,8%	1,8%	1,8%	
PLFSS 2026	2024	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
PIB en volume	1,1 %	0,7 %	1,0 %	1,2 %	1,3 %	1,3 %
Masse salariale du secteur privé*	3,3 %	1,8 %	2,3 %	3,0 %	3,1 %	3,2 %
Inflation hors tabac	1,8 %	1,0 %	1,3 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %

* Masse salariale du secteur privé hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et prime de partage de la valeur ajoutée.

Source : annexe de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 et annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Comme chaque année, on peut toutefois s'interroger sur le caractère réaliste de ces prévisions. Comme le rappelle le Haut Conseil des finances publiques dans son avis sur les projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2026, *« repose sur des hypothèses optimistes, associant une consolidation budgétaire importante à une accélération de l'activité permise par une reprise de la demande privée. L'hypothèse de croissance elle-même n'est que juste au-dessus de celle des organismes auditionnés par le Haut Conseil et du consensus des prévisionnistes (0,9 %). Mais par rapport à ces prévisions, le projet qui lui a été transmis retient une orientation plus restrictive des finances publiques, qui pèserait donc davantage à court terme sur l'activité. En compensation, malgré un environnement international peu porteur, cette prévision suppose une reprise de la demande intérieure privée dont l'ampleur paraît volontariste au regard du climat général d'incertitude, en particulier pour l'investissement des entreprises et dans une certaine mesure la demande des ménages. »*

B. LE COMPTEUR DES ÉCARTS PAR RAPPORT À LA LFSS 2026

Par ailleurs, il convient de rappeler que, en application du troisième alinéa de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, le rapport annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte désormais un « compteur des écarts », à savoir une présentation du respect de la trajectoire de dépenses tracée par

la loi de programmation des finances publiques (LPFP) en vigueur. À titre d'exemple, la loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027 ⁽¹⁾ prévoit au II de son article 18 une évolution des dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement – le FSV – ne pouvant excéder les montants qui figurent dans le tableau ci-après.

ÉVOLUTION DES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR LE CHAMP « ROBSS + FSV » (2023-2027)

Robss + FSV	2023	2024	2025	2026	2027
En % du produit intérieur brut	21,7	21,9	21,9	21,9	21,8
En milliards d'euros courants	610,9	641,8	665,2	685,8	705,4

Source : loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.

L'analyse de ces écarts fait apparaître des constats divergents. L'année 2025 se distingue par le non-respect des plafonds inscrits en loi de programmation des finances publiques. Cet écart de 0,9 milliard d'euros reflète essentiellement la révision à la hausse de l'Ondam (+ 3,6 % contre + 2,9 % inscrits en loi de programmation des finances publiques). Celui-ci s'élève à 3,4 milliards d'euros au-dessus du niveau prévu par la LPFP.

Dès 2026 toutefois, les dépenses seraient très largement inférieures à celles prévues en LPFP. Il faut y voir l'effet du niveau ambitieux de maîtrise de l'Ondam (+ 1,6 %). Cet écart s'accroîtrait en 2027 sous l'effet d'une moindre revalorisation des prestations légales liées, de manière spontanée, à une inflation moins élevée que celle retenue en LPFP mais également, de manière volontariste, par la mesure de sous-indexation des pensions prévues à l'article 44 du présent projet de loi.

**RÉVISION DES DÉPENSES ENTRE LA LOI DE PROGRAMMATION DES FINANCES PUBLIQUES ET LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
(ÉCART DES COMPTEURS)**

(en milliard d'euros)

	2023	2024	2025	2026	2027
Dépenses prévues dans la LPFP 2023-2027* (1)	610,9	641,8	665,2	685,8	705,4
Dépenses prévues dans le projet de loi initial (2)	610,8	643,1	666,1	676,9	693,5
Écarts (2)-(1)	-0,1	1,3	0,9	-8,9	-12,0
Dépenses prévues dans le projet de loi rectifié (3)	610,8	643,1	666,1	676,9	692,8
Écarts (3)-(1)	-0,1	1,3	0,9	-8,9	-12,7

Source : annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 et lettre rectificative.

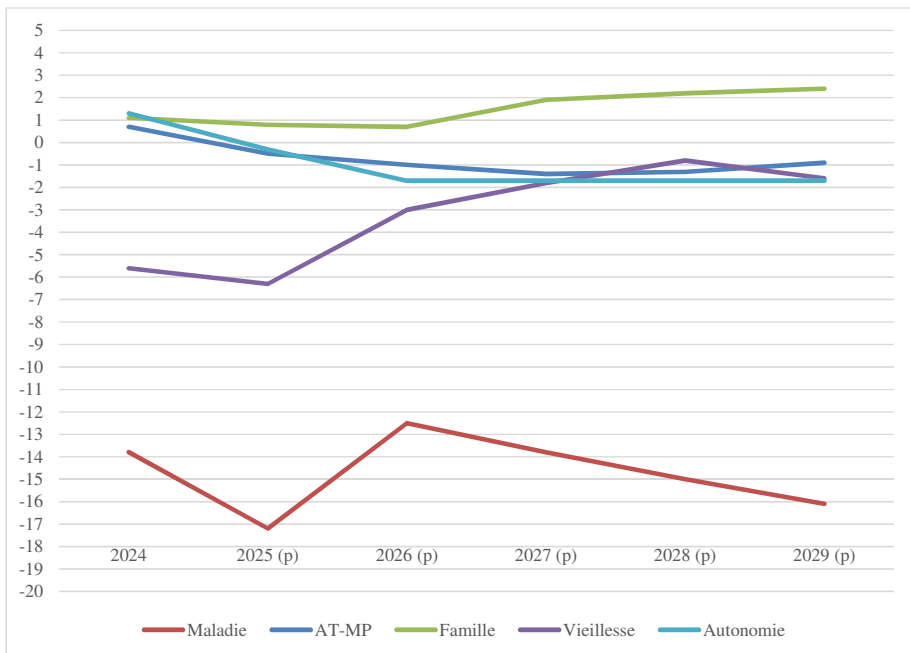
La trajectoire sous-jacente au présent projet de loi de financement conduirait ainsi à des dépenses moindres de l'ordre de 10,6 milliards d'euros en cumulé.

(1) Loi n° 2023-11195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.

II. LES TRAJECTOIRES DES BRANCHES SERAIENT CONTRASTÉES, LE DÉFICIT DES COMPTES SOCIAUX RÉSULTANT DES BRANCHES MALADIE ET VIEILLESSE

Par rapport aux résultats constatés en 2024, les branches autonomie, famille et accidents du travail et maladies professionnelles verraient globalement leur solde se dégrader jusqu'en 2026 avant de se stabiliser avec un déficit compris entre 1 et 1,7 milliard d'euros. La branche vieillesse connaîtrait une trajectoire de redressement jusqu'en 2028 avant une légère dégradation en 2029. La branche maladie reste très loin des autres branches en matière de déficit et est la seule à avoir un solde négatif à deux chiffres.

ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DU SOLDE DES ROBSS (2024-2029)



Source : annexe du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

A. LES BRANCHES AUTONOMIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES, AUPARAVANT EXCÉDENTAIRES, CONNAÎTRAIENT UN DÉFICIT DURABLE

● Après avoir renoué avec les excédents en 2024 (+ 0,9 milliard d'euros), aidée en cela par l'attribution de 2,6 milliards d'euros de CSG supplémentaire, la branche **autonomie** serait à nouveau en déficit dès l'année 2025 (- 0,4 milliard d'euros). Son solde continuerait sa dégradation du fait de dépenses

dynamiques et de l'augmentation des concours que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) verse aux départements mais également de la trajectoire de création de 50 000 postes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'ici 2030 et de la mise en place, à ce même horizon, de 50 000 nouvelles solutions pour les personnes en situation de handicap et leurs proches. Du point de vue de ses recettes, la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants actée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 mais qui entrera en vigueur en 2026 contribuera à réduire la part des prélèvements non contributifs qu'ils versent au profit des cotisations sociales. La structure de financement de la branche autonomie, exclusivement financée par des ressources fiscales, serait l'une des principales « perdantes » de la réforme.

- La branche **accidents du travail et maladies professionnelles** (AT-MP) renouerait avec les déficits en 2025 (– 0,5 milliard d'euros). Les projections à l'horizon 2029 confirment cette tendance. Son solde se stabiliserait autour de – 1 à – 1,4 milliard d'euros. Les effets de la baisse du taux de cotisations prévu par la réforme des retraites en contrepartie de la hausse du taux des cotisations vieillesse représenterait une moindre recette de 0,7 milliard d'euros en 2026. Outre le dynamisme des prestations qu'elle verse, le solde se dégraderait fortement en 2027 sous l'effet de la réévaluation à la hausse de la compensation qu'elle verse à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Son montant, aujourd'hui fixé à 1,2 milliard d'euros, serait rehaussé à 2 milliards d'euros.

B. LES BRANCHES FAMILLE ET VIEILLESSE VERRAIENT LEUR SOLDE S'AMÉLIORER

- À partir de 2025, la **branche famille** resterait l'unique branche à présenter un solde excédentaire (0,7 milliard d'euros). Ses excédents progresseraient rapidement sur la période (2,4 milliards d'euros en 2029) alors même que les mesures nouvelles prévues dans le présent projet de loi de financement conduisent à réduire ses recettes *via* le transfert de 1,4 milliard d'euros de CSG sur les revenus de remplacement à la branche maladie et d'environ 1,7 milliard d'euros au titre des contributions sur les options de souscription et d'achat d'actions à cette même branche et à la branche vieillesse. La tendance structurelle à la baisse de ses dépenses serait accentuée par les économies réalisées au titre du décalage de 14 à 18 ans de la majoration pour âge des allocations familiales. La création du congé supplémentaire de naissance, géré par les caisses d'assurance maladie mais dont elle assure le financement, ainsi que la montée en charge des dépenses en faveur de la petite enfance ne seraient pas de nature à remettre en cause cette situation excédentaire.

- La réforme des retraites issue de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 améliore les perspectives de solde de la **branche vieillesse** à l'horizon 2028. Cet effet est toutefois modéré par le décalage de la montée en charge de la réforme avec le gel du report de l'âge de départ et du relèvement de la

durée d'assurance requise pour la génération 1964 tel qu'il résulte de l'article 45 *bis* du présent projet de loi de financement. Elle connaîtrait ensuite une légère dégradation et son déficit serait de 1,6 milliard d'euros. Toutefois, cette amélioration du solde de la branche vieillesse est en trompe-l'œil car elle repose sur des mesures nouvelles particulièrement ambitieuses et dont l'espérance de vie risque d'être écourtée. Le gel des prestations sociales contribuerait à un redressement important de la situation financière de la branche dès 2026. La trajectoire retenue intègre également la sous-indexation des pensions sur la période 2027-2030 qui n'est pas sans poser quelques problèmes juridiques comme l'a rappelé le rapporteur général dans son commentaire de l'article 44.

Les autres mesures présentes dans le présent projet de loi de financement mettront du temps à produire leurs pleins effets financiers : la rationalisation du cumul emploi-retraite engendrerait une économie de 0,2 milliard d'euros dès l'année de son entrée en vigueur (2027) et monterait en charge les années suivantes. À l'inverse, les mesures relatives à l'amélioration de la retraite des femmes induiraient des dépenses supplémentaires : de 0,2 milliard d'euros en 2027 s'agissant de la prise en compte des trimestres de majoration de durée d'assurance pour enfant dans l'éligibilité aux départs anticipés pour carrière longue et de 0,1 milliard d'euros en 2028 pour la modulation du calcul du salaire annuel moyen pour les femmes ayant eu des enfants. S'agissant des recettes, la trajectoire intègre également la hausse des cotisations employeurs de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), qui se poursuivra jusqu'en 2028 à raison de 3 points par an.

C. LA BRANCHE MALADIE EST À LA DÉRIVE

- Alors que la **branche maladie** avait retrouvé un solde proche de l'équilibre avant la crise sanitaire (– 1,5 milliard d'euros en 2019), son déficit serait décuplé en dix ans (16,1 milliards d'euros).

Plus préoccupant encore, ce niveau est proche des étiages retenus sur cette période par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 alors même que la copie pour 2026 est d'une ambition sans commune mesure depuis des années.

L'Ondam, fixé à 1,6 % pour 2026 (soit des économies de 6 milliards d'euros par rapport à la trajectoire tendancielle), et les transferts de recettes nouvelles, dont 1,4 milliard d'euros de CSG sur les pensions de retraite en provenance de la branche famille, expliquent le vif redressement anticipé. Toutefois le solde reprendrait dès 2027 sa plongée vers les profondeurs. Les sous-jacents à l'augmentation tendancielle des dépenses de la branche sont puissants : vieillissement de la population, hausse des maladies chroniques etc. Une telle dérive de la branche maladie n'a néanmoins rien d'une lame de fond inexorable. Le retour à des rivages plus cléments suppose cependant d'abandonner la navigation à vue au profit d'un cap clair et décliné sur plusieurs années.

Or, l’on rappellera que cette trajectoire n’intègre pas les efforts que nous devons fournir sur l’Ondam pour la période de 2027 à 2029.

VARIATION DE L’ONDAM HORS DÉPENSES DE CRISE (2023-2028)

2024	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
3,3 % ^(a)	2,8 %	1,6 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %

Note : les dépenses supplémentaires liées à la mise en œuvre du Ségur de la santé sont prises en compte dans cette présentation.

Source : annexe du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

(a) Y compris dépenses de crise sanitaire. Sans prise en compte de ces dépenses, l’Ondam a progressé de 3,5 % en 2024.

C’est là l’une des limites de l’exercice auquel le Gouvernement et le Parlement s’adonnent chaque année au travers de l’annexe pluriannuelle que le présent article propose d’approuver : celle-ci ne constitue pas un plan stratégique de moyen terme décliné en étapes précises et étalées sur plusieurs années. Elle est tout au plus une longue-vue qui permet d’anticiper avec un peu d’avance les obstacles qui se dresseront sur le chemin du redressement des finances sociales.

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

TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Article 18

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

Cet article crée une participation forfaitaire de l'assuré pour les actes et consultations effectués par les chirurgiens-dentistes ; aligne la franchise concernant les dispositifs médicaux sur celle s'appliquant aux médicaments ; prévoit un plafond séparé pour la franchise afférente aux transports ; rend plus systématique le paiement des participations directement auprès du professionnel de santé au lieu d'une récupération par l'assurance maladie postérieure et souvent invisible aux yeux des patients.

I. LE DROIT EXISTANT

Le chapitre préliminaire du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale comprend les dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé.

- Sa section 1 est relative aux bénéficiaires :

– « toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière » (premier alinéa de l'article L. 160-1) ;

– « en tant qu'ayants droit d'un assuré, les enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle qui sont à sa charge, à condition que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie ou qu'ils soient pupilles de la Nation ⁽¹⁾ ou enfants recueillis » (premier alinéa de l'article L. 160-2) ;

– pendant leurs séjours temporaires en France, s'ils résident à l'étranger mais n'y exercent pas d'activité, les titulaires de la plupart des pensions ou rentes de

(1) Aux termes du livre IV du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, « la France adopte les orphelins dont l'un des parents ou le soutien de famille a été tué ou est mort de blessures ou de maladies contractées ou aggravées par suite d'un événement de guerre ou d'un acte de terrorisme » (article L. 411-1), y compris les « enfants des personnes qui étaient, lors des faits [susmentionnés], ressortissants des pays ou territoires ayant appartenu à l'Union française ou à la Communauté ou ayant été placés sous le protectorat ou sous la tutelle de la France, ainsi [que les] enfants des personnes de nationalité étrangère ayant contracté un engagement en temps de guerre ou ayant servi en opérations extérieures dans les armées françaises ou à qui la mention "Mort pour le service de la Nation" a été attribuée » (article L. 411-4).

base des branches vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), maladie (invalidité) et de l'aide à la vie familiale et sociale des anciens migrants dans leur pays d'origine, assumée par l'État (article L. 160-3, en conjonction avec l'article L. 117-3 du code de l'action sociale et des familles) ;

– les membres de la famille d'un travailleur détaché temporairement dans un pays tiers ne s'affiliant pas à la sécurité sociale de ce dernier et les diplomates, agents consulaires ou autres fonctionnaires d'État en poste à l'étranger et les membres de leur famille (article L. 160-4 du code de la sécurité sociale).

- La section 2 est relative aux prestations.

L'article L. 160-8 liste les dépenses assumées en tout ou partie par la branche maladie dont :

– aux termes de son 1°, la « *couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation [...], des frais des séances d'accompagnement psychologique ⁽¹⁾, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives* » ;

– aux termes de son 2°, la « *couverture des frais de transport des personnes dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle [...] et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport* ».

Des règles particulières sont prévues, s'agissant de la maternité, pour les « *frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites* » (article L. 160-9) et, pour les frais de soutien à l'autonomie concernant les personnes âgées et handicapées dans certains établissements et les enfants ou adolescents handicapés (article L. 160-9-1).

- La question de l'assurance maladie complémentaire (AMC) laissée à part, la section 3 traite du **reste à charge** de l'assuré.

Une fois que l'assurance maladie a assumé l'essentiel des tarifs, restent :

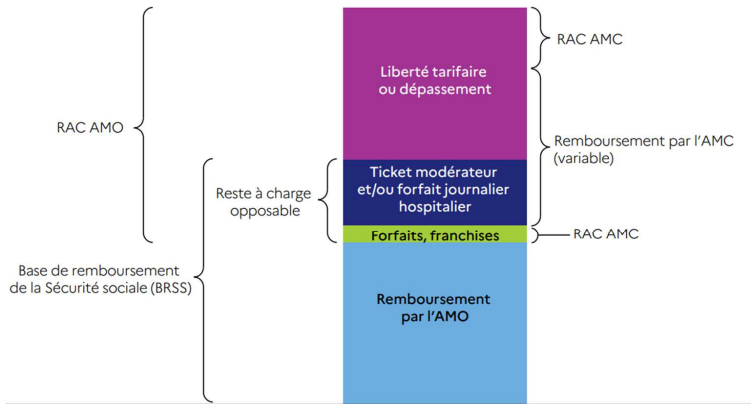
- le ticket modérateur, que l'AMC est susceptible de couvrir ;

(1) Sous la réserve, prévue par le premier alinéa du 1 de l'article L. 161-52, que ces séances soient « réalisées par un psychologue dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice en centre de santé ou en maison de santé [...] que le psychologue [...] a fait l'objet d'une sélection par l'autorité compétente [...] permettant d'attester de sa qualification pour la réalisation de cette prestation, et qu'il est signataire d'une convention avec l'organisme local d'assurance maladie [...] ».

– les restes à charge à proprement parler (participation forfaitaire sur le tarif des consultations ; forfait hospitalier ; franchise sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports) ;

– les éventuels dépassements d’honoraires, ces derniers pouvant aussi être pris en charge par l’AMC.

RÉPARTITION SIMPLIFIÉE DE LA PRISE EN CHARGE DU PANIER DE SOINS



AMO : assurance maladie obligatoire ; AMC : assurance maladie complémentaire ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire ; RAC AMO : reste à charge après remboursement par

Source : Drees, juillet 2024.

La première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13 prévoit que les « *tarifs servant de base au calcul des prestations* » venant d'être citées ⁽¹⁾ peuvent faire l'objet d'une « *participation de l'assuré [...] proportionnelle auxdits tarifs ou fixée à une somme forfaitaire* ».

Il s'agit d'abord du **ticket modérateur**, lequel :

– peut « *varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés [et] être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations* » ;

– doit en tout état de cause respecter des « *limites fixées par décret en Conseil d'État* », par exemple de 25 % à 35 % pour la plupart des frais d'honoraires des praticiens (à la date de remise du présent rapport, 9 euros sur les 30 euros pour un généraliste) ou de 35 % à 45 % pour ceux des auxiliaires médicaux ⁽²⁾ ;

(1) 1°, 2°, 5° bis, 6°, 8° et 11° de l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale ; 2° et 3° de l'article L. 160-9-1 du même code ; articles L. 1411-6-4, L. 2132-2 et L. 2134-1 du code de la santé publique ; 2°, 3°, 5° et 12° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

– est fixé « *par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire* », à laquelle « *le ministre chargé de la santé peut s'opposer [...] pour des motifs de santé publique, [de façon] motivée* ».

Parmi de nombreux cas particuliers de ticket modérateur ou assimilé, figure la « *participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé lorsque [non] suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie* » ⁽¹⁾.

Une **participation forfaitaire**, qui se cumule expressément avec le ticket modérateur, est acquittée par l'assuré pour « *chaque acte ou chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé [hors] hospitalisation [et] tout acte de biologie médicale* », sur le fondement du II du même article.

Son montant est de 2 euros ⁽²⁾. Il s'applique dans la limite de 25 participations par bénéficiaire pour une année civile ⁽³⁾.

Enfin, selon le III dudit article, une **franchise** est à la charge de l'assuré pour les frais de quatre catégories, les deux premières s'entendant hors hospitalisation :

– les médicaments quand il s'agit soit de spécialités pharmaceutiques ⁽⁴⁾, soit de préparations magistrales, hospitalières, officinales ou à base d'extrait de cannabis ou de spécialité générique ou hybride, de médicament immunologique, de système contenant un radionucléide, de médicament homéopathique ou pour thérapie génique ou thérapie cellulaire xénogénique, de biosimilaires, de dérivé du sang ou enfin de médicaments à base de plantes ⁽⁵⁾ ;

– les actes d'un auxiliaire médical en ville ou en établissement ou en centre ;

– les transports effectués hors urgence en véhicule sanitaire ou en taxi ;

– certaines prestations effectuées par un pharmacien d'officine.

Cette franchise est plafonnée par an et, pour les actes d'un auxiliaire et les transports, par jour, conformément aux sixième et septième alinéas du même III.

Les montants, qui ont doublé en mars 2024 ⁽⁶⁾, et les limites de la franchise sont réglementaires ⁽⁷⁾ :

(1) I de l'article 51 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(2) Article R. 160-19 du code de la sécurité sociale.

(3) Article D. 160-6 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 5111-2 du code de la santé publique

(5) Article L. 5121-1 du code de la santé publique

(6) Article 1er décret du n° 2024-114 du 16 février 2024.

(7) Articles D. 160-9 à D. 160-11 du code de la sécurité sociale.

- sa valeur est de 1 euro par unité de conditionnement de médicament et par acte d'un auxiliaire médical, et de 4 euros par trajet sanitaire ;

- son plafond est de 50 euros par an et de 4 euros par jour pour les actes d'un auxiliaire médical, et de 8 euros pour les transports (soit un aller-retour).

Alors que M. Bayrou était Premier ministre, le Gouvernement a saisi d'un projet de décret tendant à doubler ces deux paramètres des franchises le conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Ce dernier, au rôle en l'espèce consultatif, s'est exprimé défavorablement le 4 septembre 2025. Comme l'Assemblée nationale n'a pas approuvé, quatre jours plus tard, la déclaration prononcée en application du premier alinéa de l'article 49 de la Constitution, le doublement des franchises n'a pas été remis sur le métier par le nouveau Gouvernement. Néanmoins, les sous-jacents de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), comme l'indiquent aussi bien les annexes que la Caisse et la direction de la sécurité sociale (DSS) auditionnées par le rapporteur général, intègrent au titre de ces hausses des franchises et participation existantes une économie de 2,3 milliards d'euros en 2026.

Toutefois, dans plus d'une trentaine de cas figurant à l'article L. 160-14, une (ou plusieurs) composante(s) de la participation de l'assuré – mais généralement le seul ticket modérateur – peut être « *limitée ou supprimée* ».

Il en va par exemple ainsi quand le bénéficiaire :

- a une affection de longue durée (ALD) au sens strict ou une affection grave et invalidante requérant un traitement prolongé (3° et 4°) ;

- est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) (5°) ;

- consulte ou reçoit des traitements concernant l'infertilité (12°) ou pour le diagnostic du cancer du sein (23°) ou de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (27°) ;

- acquiert le vaccin contre le papillomavirus humain et les méningocoques, la grippe, la rougeole, les oreillons et la rubéole (29° à 31°).

Enfin, aucune participation forfaitaire ni franchise n'est exigée :

- des mineurs et bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) ⁽¹⁾ ou des affiliés au régime spécial de sécurité social des entreprises minières ⁽²⁾, comme en disposent les articles L. 160-15 et L. 160-16 ;

(1) Article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Votre rapporteur général avait conduit par le passé, avec Mme Hélène Zannier, une mission « flash » sur ce régime créé par la loi du 28 juin 1894 (compte rendu de la réunion de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du 12 mai 2021).

– des femmes enceintes à partir du sixième jour de grossesse puis jusqu’au douzième jour après l’accouchement, suivant l’article L. 160-9 précité du code de la sécurité sociale, aussi bien pour les examens obligatoires de la mère et de l’enfant dans une certaine période, les autres frais médicaux, pharmaceutiques et biologiques liés à la grossesse et le transport vers une unité de gynécologie obstétrique ;

– pour l’acquisition de moyens de contraception d’urgence et, pour les femmes de moins de vingt-six ans, d’autres contraceptifs et pour les consultations de prévention en santé sexuelle (21° de l’article L. 160-14 précité).

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

L’**article 18** du projet de loi de financement de la sécurité sociale modifie l’article L. 160-13, précité, du code de la sécurité sociale, en créant ou relevant des cas de participation financière des assurés, sans revenir sur les exonérations qui concernent certains d’entre eux en raison de leur situation personnelle.

- Le **I** modifie le **II** de l’article codifié, relatif à la **participation forfaitaire**.

Son **1°** met en place une telle participation pour les consultations effectuées par un chirurgien-dentiste, quand la première phrase du premier alinéa du **II** ne mentionne aujourd’hui que celles d’un médecin.

L’exposé des motifs estime que la dispense actuelle de participation forfaitaire pour les visites de ces professionnels est « *sans véritable justification* » au regard de leur rôle et de leur poids dans les comptes sociaux.

Une étude récente de la direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (Drees) ⁽¹⁾ note que les honoraires des chirurgiens-dentistes sont passés de 12,6 à 12,9 milliards d’euros entre 2023 et 2024, soit une hausse de 2,4 % et que le total des charges de soins dentaires en ville a atteint 15,7 milliards d’euros en 2024, croissant de 2,6 % (avec un fort dynamisme des soins prothétiques).

(1) Drees, Les dépenses de santé en 2024, septembre 2025.

ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE SOINS AUPRÈS DE CHIRURGIENS-DENTISTES DE 2014 À 2024

(en millions d'euros ; en pourcentage)

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Soins en cabinet libéral (en millions d'euros)	10 682	10 617	12 236	12 477	12 908	13 205
Honoraires	10 457	10 131	11 986	12 180	12 615	12 914
Contrats et assimilés ¹	1	273	36	42	49	26
Prise en charge des cotisations	224	214	213	254	244	264
Évolution (en %)	-0,5	-4,8	15,2	2,0	3,5	2,3
dont volume (en %)	-1,2	-10,0	14,4	0,8	2,6	0,9
dont prix (en %)	0,7	5,8	0,8	1,2	0,8	1,4
Soins en centre de santé (en millions d'euros)	961	1 599	1 979	2 156	2 380	2 475
Soins en ville (en millions d'euros)	11 644	12 215	14 215	14 633	15 288	15 679

1. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (Dipa).

Source : Drees, septembre 2025.

Son 2° renvoie à un décret en Conseil d'État la fixation des conditions dans lesquelles la participation forfaitaire peut être acquittée par l'assuré au professionnel de santé, qui la reverse à l'assurance maladie, ou récupérée par cette dernière sur les prestations de toute nature à venir pour le même assuré.

Aujourd'hui, l'alternative est la suivante :

– la première branche revient à ce que, quand la dispense d'avance de frais (tiers payant) a été appliquée, la participation forfaitaire est récupérée :

* soit sur le compte bancaire de l'assuré l'ayant autorisé ;

* soit grâce à l'envoi d'un avis de sommes à payer, ce qui ne permet pas aux malades de savoir ce qu'ils déboursent au final et génère une perte de recouvrement estimée à 10 % (cf. *infra*) ;

– la seconde branche existe déjà (déduction sur le flux des remboursements de frais de santé, d'indemnité journalière ou d'autre aide en espèces).

● Le II modifie le III de l'article codifié, lequel traite de la **franchise**.

Son 1° crée, dans un 5°, ce reste à charge (toujours hors hospitalisation) pour les produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code, c'est-à-dire principalement les dispositifs médicaux individuels mais aussi les tissus et cellules du corps humain, certaines aides techniques à l'autonomie et les services associés, un décret devant régler le cas particulier de la location. Des exceptions feront l'objet d'un arrêté et l'intention du Gouvernement est d'en exclure les fauteuils roulants.

Le **a** de son 2°, outre qu’il corrige une erreur légistique, prévoit que, comme les quatre catégories existantes, cette nouvelle franchise pourra être distinguée produit par produit ou prestation par prestation et intégrée au plafond annuel.

Le **b** du même 2° exclut en revanche les transports sanitaires du plafond annuel de droit commun pour créer à leur sujet un plafond distinct.

ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE TRANSPORTS SANITAIRES DE 2014 À 2024

(en millions d’euros ; en pourcentage)

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Ensemble (en millions d’euros)	4 468	4 815	5 650	6 081	6 711	6 863
Transports sanitaires	4 270	4 481	5 457	5 691	5 939	6 217
Contrats et indemnités	198	333	193	390	773	646
Évolution (en %)	2,9	-6,1	17,3	7,6	10,4	2,3
dont volume (en %)	2,1	-6,6	13,4	5,4	7,5	-1,3
dont prix (en %)	0,8	0,5	3,4	2,1	2,6	3,6

Source : Drees, septembre 2025.

ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE DISPOSITIFS MÉDICAUX NON-OPTIQUES DE 2014 À 2024

(en millions d’euros ; en pourcentage)

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Dispositifs médicaux hors optique (en millions d’euros)	8 325	11 332	12 349	12 616	12 762	13 412
Matériel et consommables	5 493	7 733	7 718	7 941	7 952	8 486
Matériels et appareils d’aide à la vie	nd	nd	2 294	2 419	2 587	2 888
Traitements respiratoires	nd	nd	2 059	2 090	2 223	2 349
Pansements et compresses	nd	nd	1 106	1 132	1 160	1 167
Masques	nd	nd	475	434	73	62
Produits de nutrition	nd	nd	523	553	584	626
Autres consommables	nd	nd	1 261	1 314	1 323	1 394
Prothèses et orthèses	1 522	1 831	2 056	2 126	2 260	2 360
Audioprothèses	920	1 277	2 021	1 975	1 953	1 952
Véhicules pour personnes handicapées physiques	390	491	554	574	597	615
Évolution (en %)	7,1	8,3	9,0	2,2	1,2	5,1
dont volume (en %)	6,9	3,2	29,4	1,9	-0,8	4,1
dont prix (en %)	0,2	5,0	-15,8	0,3	2,0	1,0

Source : Drees, septembre 2025.

Son 3° prévoit les mêmes évolutions des modalités de recouvrement de la franchise que pour la participation forfaitaire (cf. supra).

Son 4° supprime le dernier alinéa, intégré dans celui modifié par le 3°.

- Le **III** renvoie l’entrée en vigueur des nouvelles modalités de participation à une date fixée par décret ne pouvant dépasser le 1^{er} janvier 2027.
- En soulignant un délai de mise en œuvre opérationnelle par l’assurance maladie de dix-huit mois, l’étude d’impact fait valoir les économies suivantes :

– pour une participation forfaitaire sur les actes et consultations effectués par les chirurgiens-dentistes de 4 euros, intégrée au plafond de 100 euros, de l'ordre de 300 millions d'euros ;

– pour une franchise de 2 euros sur les dispositifs médicaux et un plafond séparé de 50 euros pour les transports, de 300 millions d'euros, montant qui serait porté à 400 millions d'euros si le nouveau plafond était aussi de 100 euros ;

– pour le recouvrement, de 164 millions d'euros (ordre de grandeur compte tenu de l'actuel taux de récupération estimé à 90 % sur 1,6 milliard d'euros).

Dans le cadre des revues de dépenses alors commandées par l'exécutif, un rapport des inspections générales des finances et des affaires sociales avançait que :

– « *les dispositifs médicaux sont les seuls biens de santé non soumis à une franchise ou participation forfaitaire ; l'instauration d'une franchise de 1 euro sur les dispositifs médicaux générerait une économie de 259 millions d'euros si elle était soumise à un nouveau plafond spécifique de 50 euros pour les dispositifs médicaux et 380 millions d'euros si ce plafond était mutualisé avec la franchise sur les médicaments ; cette estimation ne prend pas en compte les effets potentiels de la mesure sur la consommation de dispositifs médicaux du fait de la responsabilisation des assurés et d'éventuels renoncements aux soins, en l'absence de travaux récents permettant de simuler ces effets* » ;

– l'exonération actuelle n'était « *justifiée [ni] par des arguments d'accès aux soins, ni par des spécificités de [ces] dispositifs par rapport aux [autres] produits et actes médicaux soumis à participation [de l'assuré]* », d'autant que la part des dépenses liées à ces dispositifs effectivement assumée par les ménages était passée de 23,7 % en 2012 à 18,7 % en 2022 ⁽¹⁾.

Enfin, l'étude d'impact ne cache pas que la mesure, pour vertueuse qu'elle soit sur le plan budgétaire, est défavorable aux assurés souffrant d'une ALD ou d'un handicap et présente un « *risque d'accentuation du phénomène de non-recours* ».

Aux yeux du rapporteur général, il aurait mieux valu privilégier d'autres leviers de responsabilisation des assurés et il importe de préciser que **l'adoption de l'article 18 ne conditionne pas – donc que son rejet n'empêche pas – la prise par l'autorité réglementaire d'un relèvement des valeurs et plafonds des franchises existantes : l'économie d'environ 600 à 750 millions d'euros visée par l'exécutif à raison des mesures législatives nouvelles de l'article 18 et celle de 2,3 milliards d'euros via un décret sur les participations déjà prévues portent sur des champs différents et même sur des années différentes – l'article 18 à une date ne pouvant excéder le 1^{er} janvier 2027 mais qui devrait être ce 1^{er} janvier et le décret, si sa reprise était effective, dès la fin de 2025 ou à tout moment en 2026.**

*

* *

(1) IGF et Igas, Les dispositifs médicaux, mars 2024.

Article 19

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

Cet article met en place un parcours d'accompagnement préventif destiné aux patients souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une affection de longue durée (ALD).

Ce parcours devrait ouvrir droit à de nouvelles prestations à visée préventive actuellement non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, telles que des bilans diététiques et d'activité physique adaptée. Elles seront prises en charge selon les règles de droit commun.

La mise en place de ce parcours doit permettre de limiter l'accroissement des dépenses liées aux ALD en prévenant la dégradation de l'état des patients atteints de certaines maladies chroniques. Par ailleurs, un certain nombre de patients pourraient basculer du dispositif ALD vers le parcours d'accompagnement préventif, le Gouvernement ayant annoncé son intention de saisir la Haute Autorité de santé sur les critères d'admission en ALD.

I. LE DROIT EXISTANT

A. UN ACCROISSEMENT RAPIDE DES PRISES EN CHARGE EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE, DIFFICILEMENT SOUTENABLE À TERME

1. La prise en charge en affection de longue durée

● Le régime des affections de longue durée permet la prise en charge renforcée d'un patient par l'assurance maladie obligatoire lorsqu'il est reconnu comme souffrant d'une pathologie impliquant une thérapeutique longue et coûteuse. L'article **L. 160-14 du code de la sécurité sociale** prévoit trois cas dans lesquels cette reconnaissance peut intervenir :

– le patient souffre de l'une des vingt-neuf pathologies énumérées à l'article D. 160-4 après avis de la Haute Autorité de santé ; il s'agit par exemple des diabètes de type 1 et 2, de la maladie coronaire, de la maladie d'Alzheimer, des tumeurs malignes ou encore de la sclérose en plaques. C'est la catégorie des « ALD liste » ou « ALD 30 » ;

– le patient est reconnu par le service du contrôle médical comme souffrant d'une affection grave non listée, impliquant également une thérapeutique et coûteuse (« ALD hors-liste » ou « ALD 31 ») ;

– le patient est reconnu par le service du contrôle médical comme souffrant de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant, impliquant une thérapeutique longue et coûteuse (« ALD polypathologie » ou « ALD 32 »).

● La reconnaissance en ALD ouvre droit aux avantages suivants, résumés par le tableau ci-après :

– l'exonération du ticket modérateur pour l'ensemble des soins en lien avec leur affection, dans la limite des tarifs conventionnels remboursables (article L. 160-14). En revanche, les patients en ALD ne sont pas exonérés des franchises médicales, des participations forfaitaires et du forfait journalier hospitalier. Ils peuvent également se voir facturer des dépassements d'honoraires. Ils bénéficient néanmoins d'une participation réduite en cas de passage aux urgences (article L. 160-13) ;

– en vertu de l'article L. 162-1-21, les patients en ALD bénéficient « du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les soins en relation avec l'affection concernée » ;

– si leur état de santé le justifie, les patients en ALD peuvent également se voir reconnaître des conditions dérogatoires pour les arrêts de travail (article L. 323-1) : délai de carence applicable uniquement après le premier arrêt de travail lié à l'ALD ; indemnités journalières non plafonnées pendant 360 jours sur une période de trois ans (article R. 323-1) ;

– enfin, ils sont exonérés du ticket modérateur pour les transports « liés aux traitements et examens prescrits » dans le cadre de leur ALD (article R. 322-10).

● Dans une revue de dépenses relative aux affections de longue durée publiée en juin 2024 ⁽¹⁾, les inspections générales ont estimé que le coût spécifique du dispositif ALD en 2021 était de 16 milliards d'euros – dont 15 milliards d'euros liés à l'exonération du ticket modérateur – pour 13,7 millions de personnes reconnues en ALD. Le montant total des dépenses d'assurance maladie à destination des personnes en ALD s'élevait à 112 milliards d'euros, dont 91 milliards en lien avec leur ALD. Le dispositif ALD permettrait par ailleurs de couvrir 91% des dépenses de santé des personnes concernées (en moyenne 9 300 euros par an), laissant un reste à charge moyen, après remboursement par l'assurance maladie obligatoire, de 840 euros par an.

(1) *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée – Pour un dispositif plus efficient et équitable* », Inspections générales des affaires sociales (Igas) et des finances (IGF), juin 2024.

COMPARAISON DES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ASSURÉS EN ALD ET DE DROIT COMMUN

Type de soin	Assuré social de droit commun	Assuré en ALD (pour les soins en lien avec l'ALD)
Soins hospitaliers	- Ticket modérateur de 20% du tarif du séjour¹⁴ si pas d'acte > 120€ ; sinon, participation forfaitaire de 24€ - Forfait hospitalier - Forfait « urgence »	Absence de ticket modérateur
		- Forfait hospitalier - Forfait « urgence » minoré (8,49 €)
Soins de ville et consultations externes	Ticket modérateur de 100 %, 85 %, 65 %, 40 %, 35 % ou 0 % selon les actes et prestations	Exonération du ticket modérateur pour les consultations médicales, actes paramédicaux, médicaments, dispositifs médicaux et examens biologiques
	Participations forfaitaires et franchises pour les consultations médicales, actes de biologie, médicaments	Comme les assurés sociaux de droit commun
	Dépassements d'honoraires et liberté tarifaire à la charge de l'assuré	Comme les assurés sociaux de droit commun
Transports sanitaires	Pas de prise en charge des transports sauf cas listé à l'article L. 160-14 du CSS	Prise en charge avec exonération du ticket modérateur
		Franchise
Indemnités journalières	- Jour de carence à partir du 1^{er} arrêt - Pour les salariés du secteur privé : plafonnement du nombre d'IJ perçues sur 3 ans (360)	- Pas de jour de carence à partir du 2^{ème} arrêt - Pour les salariés du secteur privé : déplafonnement du nombre sur 3 ans - Exonération d'impôt sur le revenu des IJ
Cures thermales	Ticket modérateur de 30 % à 35 %	Absence de ticket modérateur

Légende :

-  Prise en charge AMO à 100%
-  Reste à charge remboursé le cas échéant par les organismes complémentaires (OC)
-  Reste à charge non remboursé par les OC

Source : Revue de dépenses sur les affections de longue durée, Igas/IGF, juin 2024.

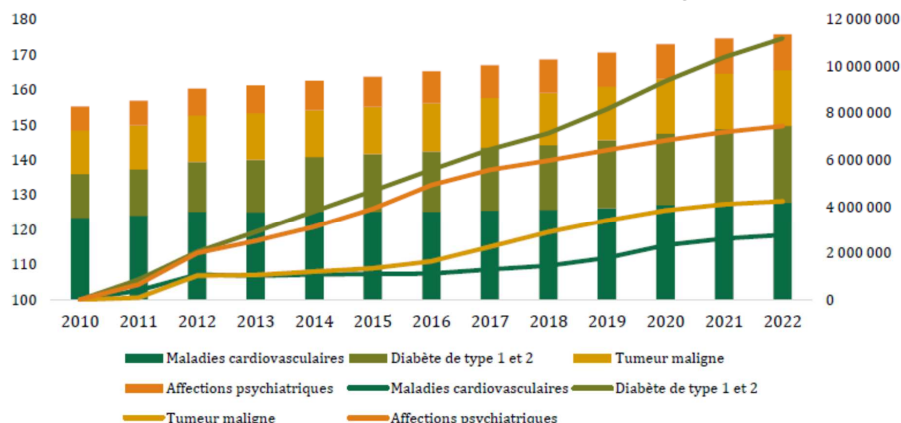
2. Un dispositif critiqué

Dans le rapport des inspections générales précité, une réforme structurelle du dispositif des ALD est jugée indispensable pour plusieurs raisons :

– ce dispositif n’est pas soutenable financièrement dans le contexte du vieillissement de la population. D’après les inspections générales, jusqu’à 16 millions de personnes pourraient bénéficier du dispositif en 2030, ce qui porterait son coût spécifique au moins à 19 milliards d’euros (+ 3 milliards) et l’ensemble des dépenses remboursées par l’assurance maladie à destination de ces personnes à 140 milliards d’euros ;

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS EN ALD POUR LES QUATRE PRINCIPALES PATHOLOGIES

En millions sur l'axe de droite et en base 100 sur l'axe de gauche



Source : Revue de dépenses sur les affections de longue durée, Igas/IGF, juin 2024.

– le système des « ALD liste » a conduit à reconnaître de manière automatique des ALD qui ne sont pas toujours conditionnées à la sévérité de la pathologie et au coût du traitement, aboutissant à « des situations inéquitables entre assurés en ALD ainsi qu’avec les assurés de droit commun » ;

– ce dispositif est peu contrôlé par l’assurance maladie, aboutissant à des disparités sur l’admission et le renouvellement d’ALD, ainsi que sur le respect de l’imputation sur l’ordonnancier bizonal, qui doit permettre de distinguer les prescriptions en lien avec l’ALD des autres prescriptions ;

– enfin, le dispositif « incite insuffisamment à la maîtrise des dépenses de santé », restant « trop souvent perçu comme octroyant une gratuité des soins » et des transports et n’incitant pas à mettre l’accent sur la prévention dans le parcours du patient.

B. UN ENJEU MAJEUR DE PRÉVENTION DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

• L’augmentation rapide et continue des reconnaissances d’ALD est directement liée à la montée en charge des maladies chroniques, dans le contexte du vieillissement de la population. Ainsi, le rapport « Charges et produits » de l’assurance maladie publié en 2024 ⁽¹⁾ soulignait que la prévalence des maladies chroniques pourrait passer de 37 % de la population aujourd’hui à 43 % en 2035.

Ainsi que le souligne une expertise collective réalisée par l’Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ⁽²⁾, cette évolution « nécessite une évolution de notre système de santé historiquement centré sur le soin vers une prise

(1) Rapport sur l’évolution des charges et des produits de l’assurance maladie pour 2025, Caisse nationale de l’assurance maladie, juillet 2024.

(2) Expertise collective « Activité physique, prévention et traitement des maladies chroniques », Inserm, 2019.

en charge plus complète des individus dans laquelle développer l'autonomie du patient et améliorer sa qualité de vie sont des enjeux essentiels ».

En effet, l'expertise souligne qu'un large pourcentage des maladies chroniques est accessible à la prévention par des actions sur quatre facteurs de risque principaux : consommation de tabac, inactivité physique, consommation d'alcool et mauvaise alimentation. Au-delà de la prévention primaire (prévenir l'apparition des maladies), l'expertise montre plus spécifiquement l'efficacité de ces actions dans un but de prévention secondaire (intervenir au stade précoce d'une maladie pour éviter son évolution) et tertiaire (limiter les complications et les risques de rechute).

- En particulier, l'expertise collective précitée effectue une revue de la littérature scientifique pour prouver que l'activité physique joue un rôle décisif pour la prévention secondaire et tertiaire des principales pathologies à l'origine d'une reconnaissance d'ALD. Ainsi, la preuve scientifique de cette efficacité est établie – avec le plus haut niveau de preuve – pour les diabètes de type 1 et 2, pour les pathologies cardiovasculaires, pulmonaires et ostéo-articulaires, pour les cancers et pour les dépressions.

En conclusion, l'expertise collective recommande la prescription et l'intégration de l'activité physique dans le parcours de soins de l'ensemble des maladies chroniques susmentionnées, de manière adaptée selon la situation du patient et dans le cadre d'une démarche d'engagement de sa part.

- De fait, l'activité physique adaptée est **reconnue depuis 2011 par la Haute Autorité de santé (HAS) comme une thérapeutique à part entière pour les patients atteints de pathologies chroniques. Cette reconnaissance s'est traduite dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 ⁽¹⁾ par la faculté, pour les médecins, de prescrire des séances d'activité physique adaptée à leurs patients en ALD (article L. 1172-1 du code de la santé publique). Cependant, l'efficacité de cette mesure a été fortement limitée par l'absence de prise en charge de ces séances par l'assurance maladie obligatoire.**

Plusieurs expérimentations conduites dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ⁽²⁾ ont néanmoins permis de développer cette prise en charge dans certaines régions et d'en confirmer l'intérêt dans une optique de prévention secondaire et tertiaire de plusieurs maladies chroniques.

(1) [L'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016](#) de modernisation de notre système de santé.

(2) Article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, permettant de déroger aux règles de droit commun pour le financement et l'organisation des soins. Voir notamment les expérimentations « As de cœur » pour les patients atteints de maladies cardiovasculaires, CAMI sport et cancer pour les patients de cancer...

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. LA MISE EN PLACE D'UN PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT PRÉVENTIF OUVRANT DROIT À UN PANIER DE SOINS SPÉCIFIQUE

- Le 1^o du présent article insère une nouvelle section au sein du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale relative à « la prise en charge de prestations d'accompagnement préventif à destination des assurés souffrant d'une pathologie à risque d'évolution » vers une ALD.

Cette section est composée d'un nouvel article **L. 162-63** définissant les contours d'un « parcours d'accompagnement préventif » à destination de ces assurés. Ce parcours pourra être prescrit par le médecin aux patients souffrant d'une pathologie, inscrite sur une liste, à risque d'évolution vers une ALD. Cette prescription devra recueillir un avis favorable du service du contrôle médical de l'assurance maladie.

Le parcours pourra prendre la forme d'un parcours coordonné renforcé tel que décrit à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique. Cette modalité avait été prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 ⁽¹⁾, dans le but de permettre l'entrée dans le droit commun de plusieurs expérimentations de l'article 51 (*cf. supra*) assorties de modalités de financement dérogatoires – en pratique, souvent des forfaits rémunérant l'intervention conjointe de plusieurs professionnels de santé autour d'un patient. Cette référence à l'article L. 4012-1 permettra ainsi de faciliter la pérennisation des expérimentations de prise de charge de l'activité physique adaptée susmentionnées.

Un décret en Conseil d'État sera nécessaire pour préciser les conditions dans lesquelles les parcours coordonnés renforcés peuvent entrer dans le cadre de l'article L. 4012-1 précité, tandis qu'un décret, pris après avis de la HAS, précisera les critères d'inscription des pathologies sur la liste ouvrant droit au bénéfice de ces parcours.

- Le 2^o du présent article procède, en cohérence, à l'extension du champ de l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale, lequel définit le contenu de la protection sociale maladie, pour y adjoindre les parcours d'accompagnement préventif définis au nouvel article L. 162-63.

- L'annexe 9 au présent projet de loi de financement expose que l'inclusion dans un parcours d'accompagnement préventif ouvrirait droit à un panier de soins spécifique financé dans les conditions de droit commun (avec ticket modérateur), « *contenant des prestations déjà remboursées et un panier de soins axé sur la prévention* ». La HAS serait saisie en amont pour la détermination de ce panier de soins, lequel pourrait ainsi ouvrir droit à des prestations non remboursées à ce jour : bilan diététique, bilan d'activité physique en particulier.

(1) Article 46 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

B. DES ÉCONOMIES ATTENDUES SUR LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

● Le présent article fait écho au rapport précité de l'Igas sur les ALD, qui préconisait une évolution structurelle du dispositif. L'inspection générale envisageait notamment l'introduction de deux niveaux de reconnaissance en ALD :

– un premier niveau permettant d'accompagner une ALD de moindre sévérité et sans traitement très coûteux, qui n'entraînerait plus qu'une exonération ciblée de ticket modérateur sur certains actes préventifs et deviendrait « *le support d'un engagement des patients et d'un renforcement de leur suivi* » ;

– un second niveau centré sur les formes les plus sévères, pour lequel la prise en charge actuelle serait maintenue.

● Le dispositif prévu par le présent article se distingue néanmoins de cette solution en ce qu'il ne crée par un second niveau d'ALD, mais un parcours en amont du dispositif d'ALD, dans le but de retarder voire de prévenir l'entrée en ALD. Par ailleurs, il ne prévoit pas d'exonération du ticket modérateur sur les actes de ce parcours.

Cependant, ainsi que l'indique l'annexe 9 au présent projet de loi de financement, la mise en place de ce parcours a vocation à être assorti d'une modification des critères d'entrée en ALD, après avis de la HAS, ainsi que d'une « *gestion plus dynamique des sorties d'ALD* » par le service du contrôle médical.

L'objectif du présent article est donc double : il s'agit à la fois de développer une démarche de prévention visant à éviter l'aggravation des pathologies chroniques et de resserrer le dispositif des ALD sur les formes les plus graves au sein d'une même pathologie.

● L'annexe précitée indique ainsi qu'en application de cet article, 1,5 million de personnes atteintes de diabète de type 2 et de niveau de sévérité 1 pourraient basculer du dispositif ALD dans le champ de l'accompagnement préventif. Cela représenterait, pour l'assurance maladie, une économie nette de 473 millions d'euros, une fois pris en compte le coût du nouveau panier de soins, estimé à 90 euros annuels par patient, pour un bilan d'activité physique et un bilan diététique.

À l'inverse, le présent article permettrait d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'hypertension artérielle qui n'entrent pas actuellement dans le dispositif des ALD, en l'absence de pathologie associée. Pour ces patients, le parcours d'accompagnement préventif générerait un coût net estimé à 54 millions d'euros, avec des bénéfices attendus, mais non chiffrables, liés à la prévention de futures complications.

*

* *

Article 20

Simplifier et rendre plus efficace la politique vaccinale

Le présent article porte plusieurs mesures visant à renforcer et clarifier la politique vaccinale.

Il s'agit, en premier lieu, de renforcer les obligations vaccinales, spécifiquement contre la grippe et contre la rougeole. La grippe saisonnière conduit en effet à plus de 20 000 hospitalisations et 9 000 décès chaque année, principalement chez les personnes les plus âgées. On observe par ailleurs une résurgence de la rougeole associée à une dégradation de la couverture vaccinale de la population. Le renforcement des obligations vaccinales vise prioritairement les professionnels, pour réduire les infections d'origine nosocomiale, et les personnes âgées résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Toute nouvelle obligation vaccinale sera néanmoins soumise à une recommandation en ce sens de la Haute Autorité de santé (HAS).

Il s'agit par ailleurs de consacrer la compétence des agences régionales de santé (ARS) en matière de pilotage de l'activité de vaccination, actuellement partiellement assurée par les collectivités territoriales. À compter de 2027, les centres de vaccination ne pourront fonctionner que sur habilitation de l'ARS et seront tous financés *via* le fonds d'intervention régional (FIR).

I. PRÉVOIR DE NOUVELLES OBLIGATIONS VACCINALES

A. LE DROIT EXISTANT

La politique de vaccination française repose à la fois sur des vaccins obligatoires et des vaccins recommandés. D'après le ministère de la santé, cette coexistence est le reflet de l'histoire de la vaccination en France :

« Avant l'arrivée des vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, ces maladies représentaient de véritables fléaux, responsables à elles trois de plusieurs milliers de décès d'enfants par an en France. L'État a décidé de les rendre obligatoires afin de s'assurer que tous les enfants puissent y avoir accès et être protégés. Pour les vaccins introduits dans le calendrier des vaccinations à partir des années 1970, l'État a considéré qu'il n'était plus nécessaire de les rendre obligatoires car on pouvait compter sur l'adhésion forte de la population et des médecins pour assurer la vaccination de tous les enfants. » Et de conclure : *« les vaccins recommandés sont donc tout aussi importants que les vaccins obligatoires »* ⁽¹⁾.

Dans un contexte de moindre adhésion de la population à la vaccination et de résurgence de certaines épidémies, le sujet des obligations vaccinales tend cependant à redevenir d'actualité.

(1) <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/vaccins-obligatoires/article/de-nouveaux-vaccins-obligatoires-pour-les-nourrissons>

1. Les obligations vaccinales des professionnels et étudiants des secteurs sanitaire, médico-social et de la petite enfance

● L'article L. 3111-4 du code de la santé publique dispose que toute personne exerçant une activité au sein d'un établissement de santé, d'un organisme de prévention des soins ou d'un établissement pour personnes âgées, doit :

– si elle est exposée ou qu'elle expose les personnes dont elle est chargée à des risques de contamination,

– être immunisée contre cinq maladies : l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe.

Le périmètre de ces obligations vaccinales remonte, pour l'essentiel, à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ⁽¹⁾, laquelle avait ajouté la grippe à la liste des vaccins obligatoires et étendu ces obligations aux personnels des établissements pour personnes âgées.

● Par ailleurs, le **quatrième alinéa** du même article étend ces obligations vaccinales à « tout élève ou étudiant » en santé, dès lors qu'il est tenu d'effectuer une partie de ses études dans un établissement de santé. La liste des étudiants concernés est précisée par arrêté du ministre chargé de la santé.

● En vertu du **cinquième alinéa** du même article, les dépenses engendrées par les vaccinations susmentionnées ont vocation à être prises en charge par les établissements ou organismes employeurs ou, d'agissant des étudiants, par les établissements « ayant reçu leur inscription ».

● Cependant, le deuxième alinéa de l'**article L. 3111-1** prévoit qu'un décret « peut, compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques », suspendre tout ou partie des obligations vaccinales, dont celles posées à l'article L.3111-4 susmentionné.

En application de cette disposition a été adopté le **décret du 14 octobre 2006**, qui a suspendu l'obligation vaccinale contre la grippe ⁽²⁾, pratiquement immédiatement après son entrée en vigueur. Ce décret résultait d'un avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France – devenu Haut Conseil de la santé publique – qui recommandait la suspension de cette obligation vaccinale en période de grippe saisonnière inter-pandémique ⁽³⁾.

Cette vaccination demeure néanmoins recommandée pour tout professionnel de santé – libéral ou hospitalier – ou tout professionnel en contact régulier et

(1) Articles 62 et 32 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

(2) Décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006 pris en application de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique et relatif à l'obligation vaccinale contre la grippe des professionnels mentionnés à l'article L. 3111-4 du même code.

(3) Avis du 19 mai 2006 relatif à la mise en œuvre de la protection individuelle contre la grippe des professionnels visés à l'article L 3111-4 du code de la santé publique par une obligation vaccinale.

prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère, dans le secteur sanitaire et médico-social en particulier.

● Dans son rapport public de 2018 ⁽¹⁾, la Cour des comptes contestait cependant la suspension de cette obligation vaccinale, laquelle tendait à entretenir un climat d'« hésitation vaccinale », y compris chez les professionnels de santé, alors que la distinction entre vaccinations obligatoires et recommandées apparaissait peu justifiée sur le plan épidémiologique.

Dans l'actualisation de ses recommandations et obligations vaccinales effectuée en 2023 ⁽²⁾, la Haute Autorité de santé (HAS) a constaté que le taux de couverture vaccinale contre la grippe était inférieur à 27 % chez les professionnels des établissements médico-sociaux (inférieur à 25 % dans les Ehpad), de l'ordre de 22 % chez les professionnels exerçant en établissement de santé, soit des taux très inférieurs « à l'objectif d'au moins 70 % fixé par la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance pour les professionnels de santé travaillant en établissement de santé ».

Cependant, la HAS a finalement maintenu à l'identique la recommandation de vaccination contre la grippe saisonnière pour les professionnels susmentionnés, « compte tenu :

– de l'efficacité imparfaite de la vaccination antigrippale chez les personnes de moins de 65 ans (variant de 42 à 76 % selon les années, voire moins lorsque les souches virales contenues dans le vaccin diffèrent des souches circulantes) ;

– et de l'insuffisance des données disponibles à ce jour sur le fardeau de la grippe nosocomiale chez les personnes prises en charge et sur l'impact de la vaccination des soignants sur ce fardeau ».

La HAS a cependant souligné la nécessité de conduire des études de grande ampleur pour mieux identifier « le fardeau de la grippe nosocomiale en France », indiquant que ces nouvelles données seraient susceptibles d'entraîner un réexamen de sa position.

● Par ailleurs, dans le cadre du même avis, la HAS a recommandé la mise en place d'une obligation de vaccination contre la rougeole « pour les étudiants et professionnels pour lesquels cette vaccination est actuellement recommandée », compte tenu :

– « du fardeau important de la rougeole en France,

– du risque élevé de transmission aux personnes non immunisées (notamment les nourrissons de moins de 12 mois n'entrant pas dans les

(1) Rapport public annuel 2018, chapitre III : « La politique vaccinale : un enjeu de santé publique, une confiance à conforter », Cour des comptes, février 2018.

(2) Actualisation des recommandations et obligations vaccinales des professionnels, volet 2 validé par le collège de la HAS le 27 juillet 2023.

recommandations vaccinales françaises), y compris en milieu de soins, et en particulier aux personnes immunodéprimées,

– de la protection efficace et à très long terme conférée par la vaccination ».

Cette recommandation s'inscrit dans un contexte où des résurgences épidémiques de la rougeole ont été constatées et où cette vaccination est devenue obligatoire chez les nourrissons nés depuis le 1^{er} janvier 2018. L'annexe n°9 indique ainsi que 658 cas de rougeole ont été déclarés entre le 1^{er} janvier et le 31 mai 2025, soit 35 % de plus que sur la même période en 2024. Par ailleurs, elle souligne que les professionnels de santé seraient impliqués dans 75 à 83 % des cas nosocomiaux rougeole.

2. Les obligations vaccinales des enfants

• Les obligations vaccinales s'adressant à l'ensemble de la population sont précisées à l'article **L. 3111-2 du code de la santé publique**. Ces obligations doivent être mises en œuvre en fonction d'un calendrier vaccinal qui concerne essentiellement les nourrissons, en vertu de l'article R. 3111-2.

Initialement circonscrites aux vaccins antidiphtériques et antitétaniques, ces obligations vaccinales ont été très largement étendues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ⁽¹⁾, alors qu'il était apparu que la couverture vaccinale de la population avait fortement décliné pour tout un ensemble de maladies.

L'article L.3111-2 prévoit ainsi désormais onze vaccinations obligatoires ; outre celles susmentionnées, se sont ajoutées les vaccinations antipoliomyélite, contre la coqueluche, les infections invasives à *haemophilus influenzae* de type b, le virus de l'hépatite B, les infections invasives à pneumocoque, certains méningocoques, la rougeole, les oreillons et la rubéole. L'ensemble de ces obligations vaccinales est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

• S'agissant en particulier de la vaccination contre les méningocoques, l'obligation portait initialement sur le méningocoque de séro groupe C. Cependant, l'évolution de la situation épidémiologique a conduit à étendre cette obligation aux « *méningocoques des sérogroupes listés par décret en Conseil d'État* » dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 ⁽²⁾.

Un décret du 5 juillet 2024 a ainsi déterminé qu'était obligatoire la vaccination contre les méningocoques des sérogroupes A, B, C, W et Y ⁽³⁾, pratiquée entre 0 et 2 ans.

(1) Article 49 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(2) Article 38 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(3) Décret n° 2024-694 du 5 juillet 2024 relatif à l'obligation vaccinale contre les méningocoques de type B et ACWY.

Cependant, les recommandations de la HAS actualisées en mars 2025 ⁽¹⁾ ont prévu un rattrapage transitoire pour les enfants âgés entre 2 et 5 ans, alors que la situation épidémiologique était jugée préoccupante, s’agissant d’affections graves, avec une létalité pouvant aller jusqu’à 19 % (pour les sérogroupes W).

- L’annexe 9 au présent projet de loi souligne cependant que l’intégration de cette recommandation transitoire dans le calendrier des vaccinations aurait pour effet de rendre la vaccination obligatoire jusqu’à 5 ans, *« et donc exigible jusqu’à cet âge pour le maintien en collectivité »*. Cette exigence est jugée *« peu réalisable d’un point de vue opérationnel »* et inutilement coûteuse *« au regard du très faible impact attendu en termes de cas évités »*.

3. La vaccination des résidents en établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes

Il n’existe pas actuellement d’obligation vaccinale spécifique pour les personnes résidant en Ehpad. Celles-ci sont donc soumises aux mêmes obligations vaccinales, précisées à l’article L. 3111-2 susmentionné, que le reste de la population.

Cependant, la population âgée étant plus vulnérable à certaines affections, elle fait l’objet de recommandations de vaccination renforcées. Ainsi, la vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée chaque année pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Cette infection respiratoire aiguë conduit chaque année à plus de 20 000 hospitalisations et environ 9 000 décès, principalement chez les personnes de plus de 65 ans.

Les données de Santé publique France ont permis d’estimer la couverture vaccinale chez ces personnes à 57 % en 2021-2022 et 56 % en 2022-2023. Chez les résidents en Ehpad, cette couverture était stable, à 88 %, en 2022-2023 ⁽²⁾.

B. LE DROIT PROPOSÉ

1. Renforcer les obligations vaccinales des professionnels

Le 4° du I insère des nouvelles dispositions au sein de l’**article L. 3111-4 du code de la santé publique** afin de renforcer les obligations vaccinales applicables aux professionnels en contact avec certains publics fragiles.

- En premier lieu, il pose une obligation de vaccination contre la grippe pour tous les professionnels de santé libéraux exerçant une profession listée dans un décret en Conseil d’État, et caractérisée par l’exposition à un risque de contamination. Cette obligation vaccinale est néanmoins soumise à une

(1) « Stratégie de vaccination contre les infections invasives à méningocoques », avis validé par le collège de la HAS le 13 mars 2025.

(2) Cf. « Actualisation des recommandations et obligations vaccinales des professionnels », volet 2 validé par le collège de la HAS le 27 juillet 2023.

recommandation préalable en ce sens de la HAS. Cette dernière sera également appelée à se prononcer sur le projet de décret en Conseil d'État susmentionné.

L'annexe 9 indique que le Gouvernement a saisi la HAS pour actualiser sa recommandation datant de 2023 (*cf. supra*), cette dernière devant rendre son avis d'ici la fin du premier trimestre 2026. L'annexe précise qu'en cas d'avis défavorable de la HAS, « *un décret au titre de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique sera pris pour suspendre ces obligations* », comme cela a été fait pour l'obligation vaccinale visant les professionnels des établissements (*cf. supra*).

● En second lieu, il impose une obligation de vaccination contre la rougeole pour les professionnels qui seront listés par décret en Conseil d'État après avis de la HAS. Il est précisé qu'en l'absence de vaccin monovalent contre la rougeole, un vaccin trivalent associant rougeole, oreillons et rubéole pourra être pratiqué. Le périmètre de cette obligation est plus large que pour l'obligation de vaccination contre la grippe puisqu'elle pourra concerner :

- les professionnels de santé indépendamment de leur mode d'exercice ;
- les professionnels du social dont le statut relève du livre IV du code de l'action sociale et des familles, ce qui inclut les assistantes maternelles à domicile ;
- les professionnels et étudiants exerçant dans des établissements du secteur de la petite enfance ;
- et les professionnels et étudiants exerçant dans des établissements accueillant des enfants de moins de 6 ans.

● L'annexe 9 estime le coût de ces nouvelles obligations vaccinales à environ 16,7 millions d'euros par an, dont 16,3 millions d'euros pour le vaccin contre la grippe saisonnière et 400 000 euros pour le vaccin contre la rougeole, avec une prise en charge de l'assurance maladie obligatoire dans les conditions de droit commun (ticket modérateur de 35 %).

2. Préciser l'obligation vaccinale contre les méningocoques pour les enfants

Le IV du présent article complète l'article 38 précité de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, lequel avait prévu que l'obligation de vaccination contre les méningocoques concernerait les sérogroupes listés par décret en Conseil d'État. Ce même article avait prévu une entrée en vigueur de cette disposition au plus tard le 1^{er} janvier 2025.

Le présent IV précise que cette obligation ne s'appliquera qu'aux « enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2023 ». Il s'agit ainsi de ne rendre obligatoire, conformément au calendrier vaccinal initialement envisagé, que la vaccination entre 0 et 2 ans, le rattrapage préconisé par la HAS entre 3 et 5 ans n'ayant donc pas de caractère obligatoire.

3. Instaurer une obligation vaccinale contre la grippe pour les résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

- Le 3° du I insère un nouvel **article L. 3111-2-1 au sein du code de la santé publique**, qui instaure une obligation de vaccination contre la grippe pendant la période épidémique pour l'ensemble des résidents en Ehpad, sauf contre-indication médicale.

Comme pour les professionnels de santé libéraux (*cf. supra*), cette obligation vaccinale sera néanmoins soumise à une recommandation préalable en ce sens de la HAS, laquelle sera également appelée à se prononcer sur le décret en Conseil d'État devant définir les conditions d'application de ce nouvel article. Si ce point n'est pas précisé par l'annexe 9, il y a lieu de penser qu'en cas d'avis défavorable de la HAS, l'application du nouvel article L. 3111-2-1 serait suspendue par décret ⁽¹⁾.

- L'annexe 9 estime le coût de cette mesure à 3 millions d'euros, avec une prise en charge à 100 % de la vaccination par l'assurance maladie obligatoire.

II. CENTRALISER LE PILOTAGE DES CENTRES DE VACCINATION

A. LE DROIT EXISTANT

- La loi relative aux libertés et responsabilités locales de 2004 ⁽²⁾ a confié à l'État la responsabilité de l'activité de vaccination, alors dévolue aux collectivités locales. Cependant, l'**article L. 3111-11 du code de la santé publique**, tel que modifié par cette loi, prévoit la possibilité pour ces collectivités « d'exercer des activités en matière de vaccination dans le cadre d'une convention conclue avec l'État ».

Dans ce cadre, la possibilité a été laissée aux collectivités qui le souhaitent de conserver la gestion des centres de vaccination.

- L'annexe 9 indique qu'au 1^{er} janvier 2025, trente-et-un conseils départementaux conservaient encore cette gestion, dont deux (Ille-et-Vilaine et Haute-Savoie) ont manifesté leur intention de se désengager en 2026.

B. LE DROIT PROPOSÉ

Le présent article vise à faire du pilotage des centres de vaccination une compétence exclusive des ARS, dans le but d'unifier la mise en œuvre de la politique vaccinale et d'en simplifier le financement.

(1) Au titre du deuxième alinéa de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique.

(2) Article 71 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

- En premier lieu, le **1° du I** affirme la compétence centrale des ARS en la matière, en ajoutant parmi leurs missions consacrées à l'**article L. 1431-2 du code de la santé publique** le pilotage de l'activité de vaccination.

- Le **4° du I** réécrit l'**article L. 3111-11** précité relatif à la mise en œuvre des activités de vaccination dans les établissements et organismes habilités.

La nouvelle rédaction proposée confie au directeur général de l'ARS la responsabilité d'habilier les différents centres de vaccination opérant sur son territoire. Les collectivités territoriales qui souhaitent maintenir leurs activités pourront cependant solliciter une habilitation de la part de l'ARS.

En conséquence, le **2° du I** supprime au sein de l'article L. 1432-2 ⁽¹⁾ la référence aux conventions conclues par les collectivités avec l'État pour la gestion des centres de vaccination, celles-ci étant remplacées par la procédure d'habilitation.

Le **III** indique que cette disposition entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2027 et que les conventions en vigueur entre l'État et les collectivités pour la gestion des centres de vaccination seront prorogées jusqu'au 31 décembre 2026. En 2026, les collectivités volontaires seront invitées à déposer une demande d'habilitation avant le 30 juin, le silence gardé par l'ARS valant acceptation de la demande à l'expiration d'un délai de quatre mois.

- Par ailleurs, le **III** de l'article L. 3111-11 prévoit que le financement de ces centres transitera désormais intégralement par le fonds d'intervention régional (FIR). Le **II** du présent article modifie en conséquence l'**article L. 174-16 du code de la sécurité sociale** qui prévoit la prise en charge par le FIR de diverses structures ayant un rôle en matière de santé publique, pour inclure les « *centres de vaccination gérés par les établissements, organismes et collectivités territoriales* » habilités.

L'annexe 9 précise qu'un transfert financier sera opéré, dans le cadre des projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2027, depuis la dotation globale de fonctionnement (DGF) des départements vers la branche maladie. Cependant, il ne sera pas possible de transférer les crédits dévolus à ces centres dans le budget des communes, « *les crédits consacrés par les communes à cette activité étant impossibles à isoler* » sur la dotation générale de décentralisation (DGD). Au total, le montant des crédits à transférer s'élèverait à 18,3 millions d'euros en 2027.

*

* *

(1) Cet article est relatif aux compétences du directeur général de l'ARS.

Article 21

Renforcer l'accès aux soins

Cet article porte diverses mesures visant à renforcer l'offre de soins dans les territoires.

– Il pose un cadre juridique destiné à réguler les structures de soins non programmés, en leur imposant le respect d'un cahier des charges en contrepartie du droit à certaines rémunérations spécifiques.

– Il crée un nouveau statut de praticien territorial de médecine ambulatoire visant à sécuriser et à rendre plus attractif l'exercice dans certaines zones sous-denses jugées particulièrement prioritaires.

– Il assouplit la législation relative aux ouvertures d'officines, de façon à permettre des créations d'officines dans des communes de moins de 2 500 habitants dont la dernière officine a fermé et desservait une population d'au moins 2 500 habitants.

– Enfin, il précise les modalités de rémunération des étudiants en quatrième année d'internat de médecine générale.

I. AMÉLIORER LA RÉPONSE AUX SOINS NON PROGRAMMÉS

A. LE DROIT EXISTANT

1. L'essor des structures de soins non programmés en dehors de tout cadre de régulation

• Les structures de soins non programmés se sont développées ces dernières années sur un modèle de cabinets médicaux accessibles sans rendez-vous. Ces structures ne sont pas précisément répertoriées à l'échelle nationale, leur ouverture n'étant pas soumise à une demande d'autorisation préalable. Les agences régionales de santé (ARS) ont néanmoins entrepris, de manière plus ou moins exhaustive, de recenser les différents acteurs du soin non programmé sur leur territoire. Il peut s'agir tout à la fois de cabinets médicaux, de centres de santé, de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou d'établissements de santé accueillant des soins non programmés en journée, voire d'associations *ad hoc* entre professionnels médicaux et paramédicaux, constituées sous la forme de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa) ⁽¹⁾.

Il convient de noter que le soin non programmé recouvre à la fois une activité régulée, dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS) et de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ⁽²⁾, mais aussi une activité non régulée, qui se concrétise par la possibilité pour les patients de consulter directement un médecin directement et sans rendez-vous.

(1) Définie à l'article L. 4041-1 du code de la santé publique, la Sisa a été créée en 2021 pour permettre aux structures d'exercice coordonné pluriprofessionnelles de percevoir collectivement des subventions visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant.

(2) La PDSA est l'organisation qui assure la continuité de l'accès aux soins, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux (les dimanches et jours fériés, et entre 20 heures et 8 heures du lundi au vendredi).

● Si cette offre de soins peut s'avérer utile sur certains territoires, pour décharger les services d'urgences des patients dont la prise en charge ne nécessite par la mobilisation des moyens des services hospitaliers, ces structures sont parfois implantées au détriment de l'accès à un médecin traitant pour les assurés du territoire ou en puisant dans les ressources des services d'urgences alors même que ces derniers peinent à recruter.

Ainsi, l'assurance maladie note, depuis quelques années, la prolifération dans certains territoires de structures de soins non programmés parfois animées d'un objectif lucratif manifeste, et qui ne permettent pas, de par leurs pratiques, une prise en charge adaptée et coordonnée des patients vus en consultation. L'annexe 9 au présent projet de loi relève « *une inadéquation de la répartition de ces structures* », « *des réserves quant à certaines pratiques tarifaires* », « *une captation des ressources humaines médicales* » et, parfois, « *une surconsommation médicale* ».

Pour contrer ces pratiques, la convention médicale signée en juin 2024 cherche à renforcer l'accueil des patients en amont de la PDSA et à privilégier, sur les horaires de la PDSA, la prise en charge dans un cadre régulé. En particulier, elle acte l'instauration, à compter du 1^{er} janvier 2025, d'une majoration tarifaire unique de 5 euros pour les prises en charge non régulées aux horaires de la PDSA, qui se substitue aux majorations préexistantes, nettement plus avantageuses.

En outre, dans son rapport dit « Charges et produits » pour l'année 2025, l'assurance maladie avait estimé qu'il était nécessaire de « *stabiliser le cadre de régulation des centres de soins non programmés à travers la diffusion d'un cahier des charges national* » ⁽¹⁾.

2. Un essai de cadre juridique en LFSS 2025 censuré par le Conseil constitutionnel

Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, une première tentative visant à réguler les structures de soins non programmés s'était traduite par l'adoption, en lecture définitive, de l'article 44 précisant le régime juridique applicable à ces structures, et renvoyant à un cahier des charges défini au niveau réglementaire. L'idée sous-jacente était de réserver certains financements aux structures qui entreraient dans ce cadre régulé.

Cependant, dans sa décision n° 2025-875 DC du 28 février 2025, le Conseil constitutionnel a censuré l'article 44 susmentionné au motif qu'il était contraire à la Constitution, en ce qu'il n'avait « *pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses ou les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement* ».

(1) « *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, proposition de l'assurance maladie pour 2025* », Caisse nationale de l'assurance maladie, juillet 2024.

B. LE DROIT PROPOSÉ : DÉFINIR UN CADRE JURIDIQUE OUVRANT DROIT À DES FINANCEMENTS RÉSERVÉS

● Le 4° du II définit le cadre juridique applicable aux structures de soins non programmés. Ce faisant, il reprend largement les dispositions de l'article censuré par le Conseil constitutionnel en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (*cf. supra*). Ce cadre juridique est cependant assorti de modalités de financements spécifiques, ce qui pourrait permettre d'éviter une nouvelle censure par le Conseil constitutionnel.

Ainsi, au sein d'un nouveau chapitre du **code de la santé publique** intitulé « Structures spécialisées en soins non programmés », est introduit un nouvel article **L. 6323-6**, qui :

– définit les structures de soins non programmées comme des structures sanitaires de proximité dotées de la personnalité morale :

- constituées entre des professionnels médicaux et, éventuellement, paramédicaux, exerçant à titre libéral ou salarié ;
- assurant à titre principal la prise en charge de soins non programmés de premier recours ;
- et dont les membres s'engagent à respecter un cahier des charges, adopté par voie d'arrêté du ministre de la santé, définissant les principes et modalités devant régir ces structures (accessibilité des locaux et des services, délais de prise en charge, prestations minimales attendues, orientation des patients) ;

– prévoit l'élaboration d'un projet de santé pour la structure, conforme aux schémas régionaux et validé par l'ARS et la caisse locale d'assurance maladie. Ce projet doit préciser l'intégration de la structure dans l'organisation territoriale des soins et l'engagement des professionnels dans le service d'accès aux soins et la PDSA ;

– impose aux professionnels exerçant dans ces structures de se déclarer à l'ARS et à la caisse locale d'assurance maladie ;

– pose le principe d'une rémunération forfaitaire dédiée à ces structures en fonction, notamment, du nombre de patients reçus par an. Cette rémunération est également introduite par le 2° du I au sein de l'article **L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale** relatif au contenu des conventions avec les professionnels de santé ; ces conventions pourront ainsi désormais prévoir « les conditions dans lesquelles la facturation de certains actes ou prestations peut être réservée à ceux réalisés » dans des structures de soins non programmés.

● Enfin, le III impose la signature d'un avenant à la convention médicale portant sur la rémunération des soins non programmés et mettant en œuvre la rémunération forfaitaire susmentionnée avant le 1^{er} juin 2026, faute de quoi les

ministres de la santé et de la sécurité sociale pourront adopter les modifications nécessaires à la convention par voie d'arrêté.

- L'annexe 9 au présent projet de loi indique que les économies générées par la régulation des structures de soins non programmés permettront de financer les rémunérations forfaitaires réservées aux structures « labellisées ». L'impact du présent article sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est ainsi jugé nul.

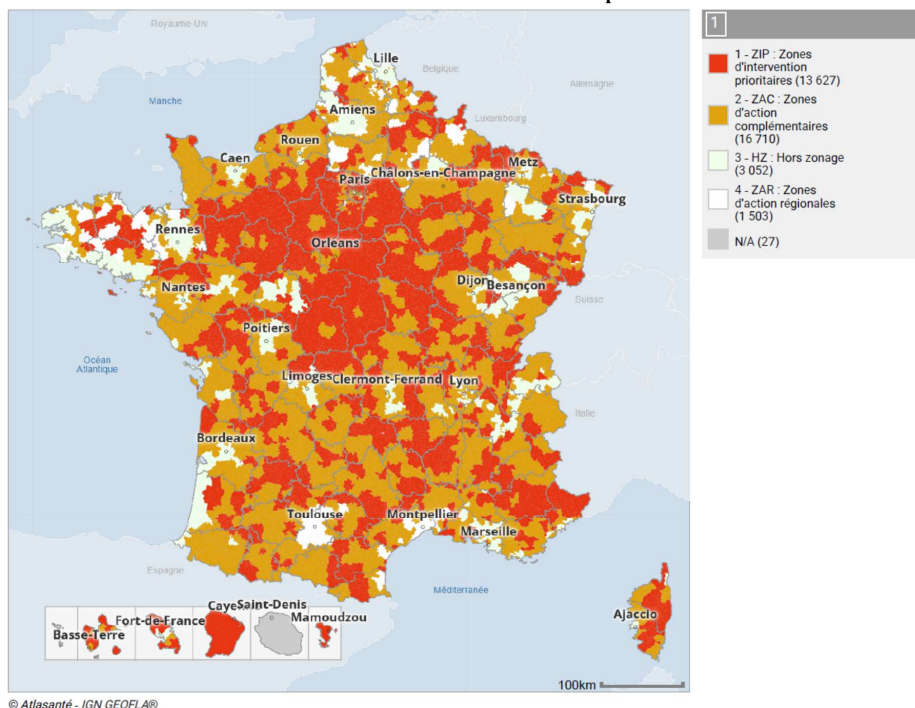
II. FACILITER ET RENDRE PLUS ATTRACTIF L'EXERCICE MÉDICAL EN ZONE SOUS-DENSE

A. LE DROIT EXISTANT : DES DISPOSITIFS QUI NE SUFFISENT PAS À INCITER À L'INSTALLATION DANS CERTAINES ZONES

1. De nombreux dispositifs d'incitations à l'installation dans les zones sous-denses, à l'efficacité débattue

L'article **L. 1434-4 du code de la santé publique** prévoit que le directeur général de l'ARS détermine par arrêté les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins pour les différentes spécialités médicales. Ce zonage se traduit par l'identification respectivement de zones d'intervention prioritaire (ZIP) et de zones d'action complémentaire (ZAC) qui couvrent en réalité l'essentiel du territoire métropolitain (*cf.* carte ci-après). Le Gouvernement estime ainsi que 87 % du territoire peut être considéré comme un désert médical.

ZONAGE CONVENTIONNEL DES MÉDECINS EN 2025 Par commune et arrondissement municipal



© Atlasanté - IGN GEOFLA®

Zonage en vigueur, arrêtés par les ARS, servant de base pour l'octroi des aides de l'Assurance-Maladie définies dans le cadre de la convention médicale (option démographie et option santé solidarité) et de certaines aides fiscales. Pour consulter les dates d'arrêt, aller dans la rubrique

Source : Atlasanté.

Comme l'illustre l'annexe 9 au présent projet de loi, on observe une dégradation de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) qui identifie les territoires où l'accès à un médecin généraliste est le plus compliqué en fonction de divers critères : « *sur la base de cet indicateur, la part des ZIP est passée de 18 % en 2017 à 37 % en 2025* ».

De nombreux dispositifs ont été mis en œuvre pour inciter les médecins à s'installer dans ces zones de moindre densité médicale. Comme l'a bien illustré un récent rapport ⁽¹⁾ de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss), ces aides sont multiples et disparates, de sorte qu'il est difficile d'en avoir une vision globale.

- Les plus importantes en montant sont celles qui ont été accordées par la voie conventionnelle, en vertu du **4° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale**. Cet article dispose que les conventions peuvent prévoir des dispositifs

(1) « Les aides financières à l'installation des jeunes médecins », synthèse de Yannick Monnet et Jean-François Rousset, dans le cadre du printemps social de l'évaluation 2025 : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/contenu/visualisation/928456/file/Evaluation%20art%20L%20162-14-1%20installation%20jeunes%20m%C3%A9decins.pdf>

d'aide visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ainsi qu'une rémunération forfaitaire annuelle, modulée en fonction du niveau d'activité et des modalités d'exercice, dans les zones sous-denses décrites à l'article L. 1434-1 susmentionné. D'après le rapport précité de la Mecss, les contrats d'aide à l'installation, de stabilisation et de coordination, de transition et de solidarité territoriale créés dans ce cadre ont représenté un total d'aides de 226 millions d'euros sur la période 2017-2022.

● Par ailleurs, d'autres aides visant à inciter à exercer dans les zones sous-denses ont été instaurées en loi de financement de la sécurité sociale. **L'article L. 162-5-19 du code de la sécurité sociale** ⁽¹⁾ prévoit ainsi un double dispositif :

– d'une part, un allègement ciblé et provisoire des cotisations sociales applicable aux médecins exerçant en zone sous-dotée dans les trois années suivant l'obtention du diplôme, dispositif mis en extinction à compter du 31 décembre 2025 ;

– d'autre part, un contrat de début d'exercice conclu entre l'ARS et un médecin qui s'engage à exercer ou à assurer une activité de remplacement ou zone sous-dense ou à proximité, d'une durée de trois ans. Accessible aux jeunes médecins exerçant en secteur 1 ou adhérant à l'option tarifaire maîtrisée, ce contrat offre une garantie de revenus ouverte à partir d'un certain niveau d'activité.

Le rapport susmentionné de la Mecss dresse un bilan très mitigé de ce dernier dispositif, qui visait à fusionner plusieurs contrats préexistants et à améliorer le taux de recours aux aides. Ce taux de recours est estimé à 10 % par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), pour un contrat qui a finalement été circonscrit aux médecins remplaçants à compter du 1^{er} janvier 2023. Le montant du total des aides financières versées à ce titre s'élève à 7,1 millions d'euros entre 2021 et 2025.

● Par ailleurs, le contrat d'engagement de service public (CESP) (article L. 632-6 du code de l'éducation), tel que réformé par la loi dite « OTSS » du 24 juillet 2019 ⁽²⁾, peut être proposé par les ARS aux internes en médecine qui s'engagent à exercer en zone sous-dense à la fin de leur formation, en contrepartie du versement d'une allocation mensuelle de 1 200 euros pendant leurs études. La durée de versement de l'allocation, qui correspond à la durée de l'engagement d'exercice, est au minimum de deux ans.

● Enfin, de nombreuses aides de diverses formes – financières ou en nature – sont par ailleurs déployées par les collectivités territoriales, afin de favoriser l'installation de jeunes médecins.

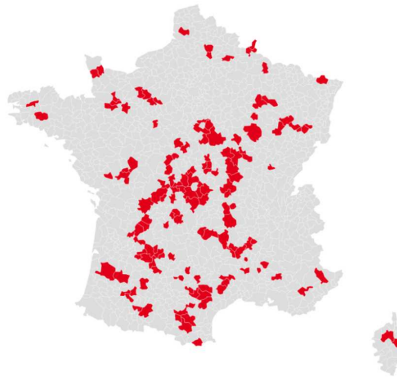
(1) Introduit par l'article 51 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(2) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

2. De nouvelles mesures annoncées dans le « Pacte de lutte contre les déserts médicaux »

En avril dernier, le Gouvernement a annoncé un « pacte de lutte contre les déserts médicaux » visant notamment à déployer un principe de solidarité de l'ensemble de la communauté médicale afin de développer l'offre de soins dans les territoires les plus critiques. Ces territoires, qualifiés de « zones rouges », correspondent à 151 intercommunalités identifiées par les ARS pour leur vulnérabilité à partir d'un indice de vulnérabilité élaboré par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), intégrant des critères tels que la densité médicale ou encore le nombre de patients atteints d'affections de longue durée (ALD).

CARTOGRAPHIE DES ZONES ROUGES MARQUÉES PAR UNE OFFRE DE SOINS TRÈS INSUFFISANTE



Source : santé.gouv.fr.

Sur ces territoires, a été annoncée la mise en œuvre d'une mission de solidarité obligatoire pour les médecins, lesquels devront s'organiser pour assurer une continuité d'exercice en médecine de premier recours sous forme de consultations avancées, en consacrant jusqu'à deux jours par mois pour ces zones prioritaires. Cette mesure a ensuite vocation à être étendue à l'ensemble des zones sous-denses.

Par ailleurs, la mise en place d'un nouveau statut de « praticien territorial de médecine ambulatoire » a été annoncée pour soutenir les jeunes médecins en début de carrière souhaitant s'installer dans ces « zones rouges ».

Le rapporteur conteste néanmoins ce zonage qui semble trop restrictif et se fonde sur des données qui ne sont déjà plus d'actualité. Il estime qu'en concentrant le soutien sur ces « zones rouges », l'on risque de fragiliser plus encore d'autres zones qui sont pourtant déjà soumises à de fortes tensions.

B. LE DROIT PROPOSÉ : CRÉER UN STATUT DE PRATICIEN TERRITORIAL EN MÉDECINE AMBULATOIRE

• Conformément aux annonces qui avaient été faites dans le cadre du « Pacte de lutte contre les déserts médicaux », le **1° du II** du présent article vise à créer un nouveau statut de « praticien territorial de médecine ambulatoire » pour les jeunes médecins s’installant dans une zone considérée comme prioritaire par l’ARS après leurs études.

À cette fin, il rétablit l’article **L. 1345-4-3 du code de la santé publique**, lequel prévoit la possibilité pour les ARS de conclure ce contrat avec un médecin généraliste non installé ou dont l’installation date de moins d’un an. Dans le cadre de ce contrat, le médecin pourra bénéficier d’une rémunération complémentaire lorsque ses rémunérations liées aux soins seront inférieures à un seuil défini par décret.

En contrepartie, le médecin s’engage à exercer pendant au moins deux ans en secteur 1 dans une zone prioritaire (l’une des « zones rouges » identifiées) et à contribuer à l’enseignement en médecine générale. Il s’engage également à participer à des actions définies par l’ARS « en matière d’accès aux soins, de permanence et de continuité des soins et de coordination des soins ».

• L’annexe 9 au présent projet de loi indique que le financement de ces contrats sera assuré par le fonds d’intervention régional (FIR). Le coût du contrat est estimé à environ 700 euros mensuels pendant six mois pour un médecin, le temps qu’il se constitue une file active suffisante. En partant sur l’hypothèse d’un contrat signé par « zone rouge » identifiée, ce dispositif aurait un coût de 630 000 euros en année pleine et de 106 000 euros en 2026, année pour laquelle on considère qu’il s’appliquerait à partir de la sortie de prochaine promotion de médecins généralistes, au 1^{er} novembre.

III. AMÉLIORER LE MAILLAGE OFFICINAL DANS LES TERRITOIRES DÉSERTIFIÉS

A. LE DROIT EXISTANT : DES RÈGLES CONTRAIGNANTES POUR LES CRÉATIONS D’OFFICINES

• En vertu de l’article **L. 5125-3 du code de la santé publique**, l’ouverture d’une officine par voie de création n’est possible que dans les zones franches urbaines-territoires entrepreneurs, les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les zones de revitalisation rurale (ZRR), si les seuils démographiques sont atteints depuis deux ans à compter du dernier recensement.

Ces seuils démographiques sont définis à l’article **L. 5125-4** ; ils sont établis à :

– au moins 2 500 habitants pour les communes dépourvues d’officine ;

– au moins 4 500 habitants supplémentaires pour les communes disposant d’au moins une pharmacie.

- Selon les termes de l’article L. 5125-4, les communes de moins de 2 500 habitants peuvent, de manière dérogatoire, obtenir l’ouverture d’une officine lorsque la dernière officine a cessé définitivement son activité et qu’elle desservait une population au moins égale à 2 500 habitants. Cette ouverture ne peut cependant intervenir que par voie de transfert ou de regroupement, et non par voie de création.

L’annexe 9 au présent projet de loi indique que cette dérogation apparaît trop restrictive pour maintenir des officines en correspondance avec les besoins des populations, dans un contexte où le rythme des fermetures d’officines a plus que doublé sur la dernière décennie (200 par an depuis 2015).

B. LE DROIT PROPOSÉ : PERMETTRE LA CRÉATION D’OFFICINES DANS DES COMMUNES DE MOINS DE 2 500 HABITANTS

- Le 3° du II élargit la dérogation prévue à l’article L. 5125-4 susmentionné pour autoriser l’ouverture d’officines par voie de création dans les communes de moins de 2 500 habitants dont la dernière officine a fermé et desservait une population d’au moins 2 500 habitants.

- L’annexe 9 au présent projet de loi estime le coût de cette mesure à environ 144 millions d’euros en année pleine, en considérant que les besoins d’accès aux médicaments de la population ne sont pas couverts de façon satisfaisante dans environ 10 % des communes de moins de 2 500 habitants, lesquelles pourraient donc bénéficier d’une création d’officine.

IV. PRÉCISER LE FINANCEMENT DE LA QUATRIÈME ANNÉE D’INTERNAT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

A. LE DROIT EXISTANT

L’article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 ⁽¹⁾ a réformé le cursus des études de spécialité de médecine générale en ajoutant une quatrième année de formation en troisième cycle (internat) permettant l’accès au statut de docteur junior.

L’article **L. 632-2 du code de l’éducation** prévoit ainsi que la dernière année du diplôme d’études spécialisées de médecine générale est effectuée en stage, sous le régime de l’autonomie supervisée par un ou plusieurs maîtres de stage, dans des lieux agréés en pratique ambulatoire, prioritairement dans des zones sous-denses. Il prévoit également que « la rémunération des étudiants peut faire l’objet d’aménagements spécifiques tenant compte des conditions d’exercice de stage ».

(1) Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Ces aménagements ont été précisés dans un décret du 27 août 2025 ⁽¹⁾. Les docteurs juniors de médecine générale percevront ainsi en sus de leur salaire fixe :

– une prime forfaitaire conditionnée à l’activité, versée chaque semestre dès lors qu’au moins 200 actes ou consultations ont été réalisés, d’un montant fixé à 500 euros bruts ⁽²⁾ ;

– et une indemnité forfaitaire mensuelle pour stage en ZIP, versée chaque mois et non cumulable avec d’autres indemnités, d’un montant de 1 000 euros bruts.

B. LE DROIT PROPOSÉ

● Le 1° du I rétablit au sein du **code de la sécurité sociale** un article **L. 162-5-11** qui définit les modalités spécifiques de la rémunération du stage des docteurs juniors en médecine générale.

Le I de l’article L.162-5-11 dispose que les étudiants doivent, dans le cadre de ces stages, pratiquer les tarifs opposables de la sécurité sociale (secteur 1), avec dispense d’avance de frais sur la part remboursable par l’assurance maladie obligatoire. Cependant, les frais facturés en tiers payant ne pourront pas donner lieu à un versement aux étudiants ayant effectué les actes ou les consultations.

Le II du même article précise que ces étudiants seront rémunérés par le centre hospitalier universitaire (CHU) auquel ils sont rattachés après déduction des sommes qui leur auront été versées par les assurés au titre du ticket modérateur. Cette substitution a vocation à être neutre sur les plans fiscal et social, puisque le III précise les règles relatives aux prélèvements fiscaux et sociaux s’appliqueront en considérant que l’ensemble de la rémunération a été versée par le CHU de rattachement.

Un décret en Conseil d’État doit venir préciser les conditions d’application du présent article.

● L’annexe 9 au présent projet de loi estime que ce dispositif n’engendre pas de coût supplémentaire pour l’assurance maladie, mais simplement un mouvement entre sous-objectifs de l’Ondam. En effet, la rémunération des docteurs juniors en médecine générale serait compensée par le décalage du début d’exercice des médecins généralistes et l’absence de paiement par l’assurance maladie des consultations et actes réalisés par ces étudiants lors de leur stage.

*

* *

(1) Décret n° 2025-850 du 27 août 2025 relatif au régime indemnitaire des docteurs juniors de la spécialité de médecine générale.

(2) Cf. arrêté du 27 août 2025 relatif au régime indemnitaire des docteurs juniors de la spécialité de médecine générale, qui a fixé les montants bruts de la prime forfaitaire et de l’indemnité forfaitaire.

Article 22

Simplifier et sécuriser le financement des établissements de santé

Le présent article porte diverses mesures de simplification et de sécurisation relatives au financement des établissements de santé.

Il vise une plus grande efficacité du processus de facturation de ces établissements pour leur permettre de recouvrer plus aisément leurs créances, alléger la charge administrative et sécuriser le processus en lien avec l'assurance maladie. À cette fin, il rend obligatoire la dématérialisation des échanges avec l'assurance maladie obligatoire et complémentaire ; il restreint le périmètre d'implémentation de la réforme de la facturation directe (Fides) ; et il précise les délais de forclusion applicables à la valorisation des prestations d'hospitalisation.

Cet article porte par ailleurs diverses mesures simplifiant le financement dans le champ des soins médicaux et de réadaptation (SMR) et, dans une moindre dimension, dans le champ de la psychiatrie.

Enfin, il régle davantage le choix des échelles tarifaires applicables aux activités des groupements sanitaires de coopération (GSC), dans un contexte où certains effets d'optimisation ont été décrits.

Exception faite de l'abrogation des dispositions transitoires relatives à la Fides, l'ensemble de ces dispositions a vocation à entrer en vigueur dès le 1^{er} janvier 2026.

I. SIMPLIFIER LE PROCESSUS DE FACTURATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

A. LE DROIT EXISTANT

1. Un processus de facturation long et complexe lorsqu'il n'est pas dématérialisé

- À l'heure actuelle, le processus de facturation des établissements aux organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire est « *complexe, manuel et chronophage, tant pour les établissements de santé que pour les organismes débiteurs* », ainsi que le souligne l'annexe n° 9 au présent projet de loi. Cela induit des délais parfois considérables entre la sortie du patient et le recouvrement de la créance par l'hôpital concerné. L'annexe mentionne un délai moyen de quatre semaines, pouvant aller jusqu'à six mois, contre une semaine lorsque le processus est dématérialisé.

Cette situation renforce les difficultés de trésorerie des établissements, et contribue aux besoins massifs d'aide en trésorerie à pourvoir chaque année. L'annexe mentionne un montant global de plus de 400 millions d'euros par an.

Par ailleurs, l'absence de dématérialisation de la facturation empêche les établissements de vérifier instantanément les droits du patient au titre de la protection complémentaire santé. L'annexe souligne que cela induit le risque d'avoir

à rectifier la facturation *a posteriori*, avec les difficultés de recouvrement supplémentaires qui en découlent.

- Il existe, pour les professionnels de santé exerçant en ville, ainsi que pour les centres de santé, une obligation de transmission dématérialisée des documents de facturation à l'assurance maladie, figurant à l'article **L. 161-35 du code de la sécurité sociale**. Cet article prévoit que le non-respect de cette obligation « *donne lieu à l'application d'une sanction conventionnelle* ».

Cette mesure a été introduite par une loi du 10 août 2011 ⁽¹⁾, dans un contexte où la dématérialisation des feuilles de soins avait quelque peine à se généraliser, en particulier auprès des médecins de ville. Elle est venue remplacer une disposition précédente, votée dans la loi dite « HPST » ⁽²⁾, imposant une contribution forfaitaire aux frais de gestion à tous les professionnels, organismes, mais aussi établissements n'assurant pas la télétransmission des factures.

L'obligation de l'article L. 161-35, finalement circonscrite à la ville, a été mise en œuvre de manière relativement souple, à travers des incitations et des aides financières destinées aux professionnels de santé pour acquérir les équipements nécessaires. À l'heure actuelle, d'après les statistiques publiées par le groupement d'intérêt économique (GIE) Sesam-Vitale ⁽³⁾, 68 % des professionnels de santé sont inscrits en télétransmission, dont 76 % des médecins généralistes et 55 % des médecins spécialistes. L'article 103 de la Convention médicale adoptée en juin 2024 prévoit que seul le non-respect « systématique » de l'obligation de télétransmission constitue un manquement passible de sanction ⁽⁴⁾.

2. Une réforme de la facturation directe sans cesse repoussée et devenue partiellement inadaptée

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ⁽⁵⁾, en mettant en œuvre la tarification à l'activité (T2A), a affirmé le principe de la facturation directe à l'assurance maladie obligatoire, donnant naissance au projet de facturation individuelle des établissements de santé (Fides). Cependant, un dispositif transitoire et dérogatoire sous forme de valorisation de l'activité par les agences régionales de santé (ARS) a été prévu pour les établissements publics et privés à but non lucratif, dont l'échéance a été repoussée à plusieurs reprises.

Initialement prévue jusqu'au 1^{er} mars 2008, la fin de la dérogation susmentionnée a ainsi été repoussée successivement par les lois de financements de

(1) Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(2) Article 53 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(3) [Lien vers le site Sesam-Vitale.](#)

(4) [Lien vers la convention médicale de juin 2024.](#)

(5) Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

la sécurité sociale pour 2009 ⁽¹⁾, 2014 ⁽²⁾ et 2018 ⁽³⁾, pour être finalement fixée au 1^{er} mars 2016 s'agissant des actes et consultations externes (ACE) et au 1^{er} mars 2022 s'agissant des séjours hospitaliers.

Si la facturation directe a bien été mise en œuvre pour les ACE, son calendrier a encore été fortement modifié pour les séjours hospitaliers par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 ⁽⁴⁾, son lancement étant circonscrit aux établissements volontaires dans un premier temps avant une généralisation prévue au 1^{er} mars 2027.

- Le ministère de la santé explique que l'intérêt de cette facturation directe est de donner accès à l'assurance maladie au fil de l'eau « *aux données détaillées et fiabilisées des prestations des hôpitaux publics et des établissements de santé privés à but non lucratif, comme elle le fait déjà pour les établissements privés à but lucratif* » ⁽⁵⁾, favorisant un meilleur contrôle des dépenses et une optimisation de la prise en charge des prestations.

L'annexe n° 9 au présent projet de loi souligne cependant que les expérimentations conduites ont mis en lumière « *de nombreuses contraintes, tant organisationnelles que techniques, (...) notamment la nécessité pour les établissements de santé de revoir leurs organisations et de faire évoluer leurs systèmes d'information* ».

- L'annexe précitée souligne par ailleurs que les nombreuses réformes du financement hospitalier en cours dans les domaines des urgences, de la psychiatrie, des soins médicaux et de réadaptation (SMR) et, désormais, de la médecine chirurgie obstétrique (MCO) accroissent le poids des dotations forfaitaires par rapport à celui de la T2A dans le financement des établissements. Mécaniquement, « *la part des financements relevant d'une facturation directe de l'activité se contracte* ».

À l'inverse, de nouvelles modalités de financement tendent à se développer (sur objectifs de santé publique, à l'épisode de soins, à la séquence), qui supposent « *de nouveaux outils de recueil, de transmission et de liquidation* ».

Dans ce contexte, un alourdissement global de la charge administrative pesant sur les établissements de santé est à craindre, contraintes de recueillir et de renseigner des données toujours plus nombreuses pour répondre tout à la fois aux exigences résultant de Fides et des réformes ultérieures du financement.

(1) Article 54 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

(2) Article 45 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

(3) Article 65 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(4) Article 37 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(5) [Ministère de la santé](#).

3. Des délais de forclusion pour la transmission des données d'activité trop longs dans certains cas

L'article **L. 162-25 du code de la sécurité sociale** précise les délais de prescription de l'action des établissements de santé pour obtenir le paiement de la prestation de l'assurance maladie après la fin d'un séjour ou la réalisation d'une consultation ou d'un acte. Ce délai est en principe établi à un an. L'annexe n° 9 souligne que cela implique que, pendant un an, l'établissement pourra valoriser ou modifier la valorisation de ses séjours.

Or, cette règle pose problème à l'assurance maladie dans la situation de séjours longs, qui peuvent être fréquents notamment en soins médicaux et de réadaptation. Ils font l'objet de valorisations intermédiaires auprès de l'assurance maladie pour éviter aux hôpitaux des difficultés de trésorerie. Cependant, ceux-ci restent habilités à faire modifier ces données de valorisation jusqu'à un an après la fin du séjour, ce qui peut conduire à des demandes de correction plusieurs années après la date initiale de valorisation et de paiement. L'annexe indique qu'il n'est pas techniquement possible, pour les systèmes d'information de l'assurance maladie, de prendre en compte des délais aussi longs.

B. LE DROIT PROPOSÉ

1. Imposer la dématérialisation des échanges entre les établissements de santé et l'assurance maladie obligatoire et complémentaire

● Le 1° du I rétablit un article **L. 161-36 au sein du code de la sécurité sociale**. Cet article constitue le pendant de l'article L. 161-35 susmentionné en imposant, pour l'ensemble des établissements de santé, indépendamment de leur statut, l'obligation d'assurer la transmission par voie électronique des documents nécessaires à :

- la prise en charge des soins par l'assurance maladie obligatoire ;
- la mise en œuvre du tiers-payant par les organismes d'assurance maladie ;
- la détermination de la part des dépenses prises en charge par l'organisme d'assurance maladie complémentaire. Ce dernier doit, en retour, informer l'établissement de cette part.

● Aucune mesure d'application réglementaire n'étant prévue, cette disposition entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2026. L'annexe n° 9 estime qu'elle permettra des gains de trésorerie pour les hôpitaux, à raison de 10 millions d'euros pour une réduction d'un jour du délai moyen de recouvrement des créances, ce qui pourrait permettre une économie de l'ordre de 200 millions d'euros à l'horizon 2029, en prenant l'hypothèse d'une réduction de 20 jours du délai moyen de recouvrement.

2. Restreindre le périmètre d'application de la facturation directe

● Le 7° du I insère un nouvel alinéa au sein de l'article **L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale**, lequel pose le principe de la facturation directe à l'assurance maladie des médicaments, produits, prestations, actes et consultations effectués au sein des établissements de santé publics et privés à but non lucratif. Il prévoit par ailleurs que cet article L. 174-2-1 devient le **L. 162-27** ⁽¹⁾.

Ce nouvel alinéa précise que les remboursements de l'assurance maladie aux établissements peuvent s'effectuer :

– soit sur la base d'une facturation directe par l'établissement à la caisse d'assurance maladie ;

– soit sur la base d'une valorisation des données d'activité transmises par l'établissement à l'agence régionale de santé, selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ces modalités peuvent tenir compte de la nature de l'activité valorisée.

● Cette disposition aboutit à pérenniser le dispositif dérogatoire ayant permis aux établissements de bénéficier de remboursements de l'assurance maladie depuis la mise en œuvre de la T2A. Désormais, ce dispositif de « valorisation de l'activité » coexiste officiellement avec le mécanisme Fides.

Ils seront l'un ou l'autre mobilisé selon que le soin concerné sera financé à la T2A ou par des modalités forfaitaires. L'annexe n° 9 précise que la mise en œuvre de la facturation directe a vocation à être privilégiée « *sur les activités sur lesquelles les contrôles avant liquidation par l'assurance maladie sont les plus pertinents* », afin de mieux lutter contre les indus et les fraudes.

● En conséquence, le 1° du III et le IV abrogent les dispositions adoptées dans les lois de financement de la sécurité sociale pour 2016 et 2018 pour prolonger le dispositif transitoire préalable à la mise en place du système de facturation directe Fides, la nouvelle rédaction de l'article L. 162-27 ayant vocation à s'y substituer. Ces abrogations entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2027, le temps de procéder aux ajustements nécessaires.

3. Réformer les délais de forclusion pour la valorisation des prestations d'hospitalisation

Le 6° du I substitue trois nouveaux alinéas au premier alinéa de l'article **L. 162-26** susmentionné, dans le but de distinguer les modalités de la détermination des délais de forclusion pour la valorisation des soins hospitaliers selon le type de prestation.

(1) Le 8° du I et le 2° du II procèdent en conséquence aux coordinations juridiques nécessaires.

Pour les actes et consultations externes, le délai demeure d'un an à compter de leur réalisation.

Pour les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et en soins médicaux et de réadaptation, ce délai d'un an doit en revanche être apprécié à partir de la fin de la « prestation d'hospitalisation ». L'annexe n° 9 indique que cette terminologie permettra de faire courir le délai à partir de chaque facture intermédiaire, soit à compter du 90^{ème} jour d'hospitalisation pour la première facture intermédiaire.

II. SIMPLIFIER ET SÉCURISER LE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DE PSYCHIATRIE ET DE SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION

A. LE DROIT EXISTANT

1. Un coefficient de spécialisation est défini pour la tarification des activités de soins médicaux et de réadaptation

Le **D de l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016** ⁽¹⁾ a créé un coefficient de majoration pour la tarification des prestations d'hospitalisation en soins médicaux et de réadaptation, destiné à prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement. Ce coefficient sera applicable jusqu'au 1^{er} mars 2026, date la plus tardive à laquelle il atteindra la valeur de 1.

L'annexe n° 9 souligne cependant que cette disposition est devenue superflète, le coefficient étant établi à 1 pour l'ensemble des établissements depuis que « *la classification a été revue pour mieux prendre en compte l'intensité de la prise en charge* ».

Néanmoins, du fait de l'existence de la disposition législative susmentionnée, les agences régionales de santé demeurent tenues de notifier ce coefficient à chaque établissement.

2. Une obligation de fixer la part affectée au financement des spécialités pharmaceutiques dans l'objectif des dépenses de soins médicaux et de réadaptation

● L'article **L. 162-23** du **code de la sécurité sociale** définit l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de SMR (ODSMR). Il dispose que sont distinguées, au sein de cet objectif :

– les dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques pouvant être financées en sus des prestations d'hospitalisation ;

– les dépenses relevant des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).

(1) Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

- L'annexe n° 9 indique que la distinction des dépenses relevant de la liste en sus dans l'ODSMR est source d'erreurs et d'incompréhensions dans les établissements, dans la mesure où les dépenses de cette liste ne sont pas censées être soumises à une limite budgétaire, étant remboursées par l'assurance maladie sur présentation des factures.

L'annexe note par ailleurs que la part affectée aux Migac des établissements SMR fait l'objet d'un arrêté distinct, lequel précise le montant global à répartir entre les établissements. Elle n'aurait ainsi pas non plus vocation à être déclinée au sein de l'ODSMR.

Il convient enfin de noter que l'objectif de dépenses pour les activités de MCO, prévu à l'article L. 162-22-1, ne prévoit pas de plafond de dépenses distinct pour la liste en sus et les Migac, qui constituent pourtant aussi une composante de la rémunération de ces activités.

3. La nécessité de recueillir l'avis des fédérations d'établissements pour la répartition de certaines dotations destinées à la psychiatrie et aux soins médicaux et de réadaptation

- Le **III de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale**, relatif à la dotation populationnelle allouée aux établissements pour leurs activités de psychiatrie, impose aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de consulter les fédérations hospitalières avant d'arrêter le montant annuel alloué aux dotations régionales.

- De la même façon, le dernier alinéa du **I de l'article L. 162-23-8** commande aux ministres de consulter ces fédérations avant d'arrêter le montant annuel des dotations régionales Migac destinées aux soins médicaux et de réadaptation et d'en déterminer les critères d'attribution aux établissements.

- L'annexe n° 9 constate que ces consultations ne s'articulent pas « avec la volonté de donner une meilleure visibilité sur leurs financements aux établissements de santé » en adoptant les tarifs dès le 1^{er} janvier, car elle « génère des retards de financement » à l'origine d'une « hausse des besoins de trésorerie, financés par ailleurs par l'assurance maladie ».

4. Un coefficient honoraire applicable aux cliniques privées dans le champ des soins médicaux et de réadaptation

Le **H de l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016** ⁽¹⁾ prévoit que les établissements de santé dits « ex-OQN » ⁽²⁾ voient leurs tarifs de soins médicaux et de réadaptation minorés du montant des honoraires facturés à l'assurance maladie par les professionnels libéraux exerçant en leur sein.

(1) Ibid.

(2) Il s'agit des établissements de santé anciennement sous « objectif quantifié national » (OQN), majoritairement des cliniques privées à but lucratif ainsi que certains établissements privés à but non lucratif.

Il s'agit de faire en sorte que les actes effectués par ces professionnels ne soient pas valorisés et financés deux fois par l'assurance maladie, par les tarifs et au moyen des honoraires.

Cette disposition est cependant conçue comme transitoire. L'article 78 limite son application au 1^{er} mars 2026. Or, l'annexe n° 9 indique que les établissements privés concernés auront toujours besoin d'employer des professionnels libéraux en soins médicaux et de réadaptation à compter de cette date, d'autant qu'ils font face à d'importantes difficultés de recrutement. C'est particulièrement le cas pour certaines spécialités indispensables comme les masseurs-kinésithérapeutes, qui exercent tous, en pratique, sous statut libéral.

B. LE DROIT PROPOSÉ

1. Supprimer le coefficient de spécialisation pour les tarifs des soins médicaux et de réadaptation

Le 2° du III supprime le coefficient de spécialisation applicable aux tarifs des soins médicaux et de réadaptation créé au D de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Il est ainsi pris acte de l'obligation inutile que générerait cette disposition pour les agences régionales de santé, le coefficient étant fixé à 1.

2. Supprimer l'obligation de préciser la part dédiée à la liste en sus et aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation dans l'objectif de dépenses des soins médicaux et de réadaptation

Le 3° du I supprime les alinéas imposant la distinction des dépenses relatives à la liste en sus et aux Migac au sein de l'objectif de dépenses du SMR défini à l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale.

En conséquence, les références à ces plafonds de dépenses distincts au sein de l'article L. 162-23-8 sont également supprimées par les *a)* et *b)* du 5° du I.

3. Supprimer la consultation des fédérations hospitalières pour la répartition des dotations de psychiatrie ainsi que de soins médicaux et de réadaptation

Le 2° du I supprime la consultation préalable des fédérations hospitalières pour l'adoption de l'arrêté définissant le montant des dotations régionales pour la dotation populationnelle finançant les activités de psychiatrie.

De la même manière, le *b)* du 5° du I supprime également cette consultation en amont de l'arrêté devant définir les enveloppes régionales pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation destinées aux activités de soins médicaux et de réadaptation.

4. Pérenniser le coefficient honoraire applicable aux activités de soins médicaux et de réadaptation des cliniques privées

- Le **4° du I** complète l'article **L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale**, qui prévoit la détermination par arrêté ministériel des différents tarifs, coefficients et forfaits applicables aux établissements de santé.

Un nouveau **III** est créé, qui instaure un dispositif pérenne de minoration des tarifs des prestations applicables aux établissements du périmètre « ex-OQN » lorsque des professionnels exerçant en leur sein à titre libéral facturent des honoraires pour les mêmes prestations. Le coefficient de minoration applicable est déterminé pour chaque établissement par le directeur général de l'ARS, en fonction de critères définis par décret.

- Par voie de conséquence, le **3° du III** supprime la disposition prévoyant la possibilité de mettre en place ces coefficients de minoration à titre transitoire jusqu'au 1^{er} mars 2026 au sein de l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

- Le présent article permettra ainsi aux établissements privés concernés de continuer à faire intervenir en leur sein des professionnels de santé à titre libéral, notamment en soins médicaux et de réadaptation, sans pour autant se trouver en situation de double facturation vis-à-vis de l'assurance maladie.

III. METTRE FIN À UNE OPTIMISATION DE LA FACTURATION DANS LES GROUPEMENTS DE COOPÉRATION SANITAIRE

A. LE DROIT EXISTANT

- Les groupements de coopération sanitaire (GCS) sont des structures dotées de la personnalité morale destinées à faciliter les coopérations entre acteurs de la santé publics et privés.

Si leur existence remonte à 1996 ⁽¹⁾, la loi dite HPST ⁽²⁾ a largement refondu le cadre juridique applicable en distinguant deux catégories : le GCS de moyens, permettant des coopérations sur un champ limité ; le GCS établissement de santé, supposant une intégration beaucoup forte.

- L'article **L. 6133-1 du code de la santé publique** définit la catégorie des groupements de coopération sanitaire de moyens. Ces structures, qui ont pour objet de « *faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de [leurs] membres* » peuvent être constituées pour :

(1) Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

(2) Article 23 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

- organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;

- réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun, par exemple des équipements d'imagerie médicale ;

- permettre les interventions communes de professionnels de santé de divers statuts ;

- ou exploiter sur un site unique les autorisations détenues par ses membres.

- Dans ce dernier cas, le 4° de l'article L. 6133-1 précise que le groupement de coopération sanitaire pourra être autorisé par le directeur général de l'agence régionale de santé à facturer les soins prodigués pour le compte de ses membres *« dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8 »*.

Or, le troisième alinéa dudit article **L. 6133-8** laisse la possibilité aux groupements de coopération sanitaire constitués à la fois par des établissements de santé de l'échelle tarifaire « ex-DG » ⁽¹⁾ et par des établissements de l'échelle tarifaire « ex-OQN » d'opter pour que l'intégralité des soins dispensés soient facturés selon la même échelle tarifaire, décidée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

- L'annexe n° 9 indique que cette flexibilité *« peut avoir des effets de bord financiers »*. En effet, l'échelle tarifaire fixée par l'agence régionale de santé dépend *« de la nature juridique ou de l'échelle tarifaire de la majorité »* des membres du groupement ou *« de ceux participant le plus au capital, aux charges ou à l'activité prévisionnelle »*.

L'annexe indique que par le biais du groupement, des établissements membres pourront bénéficier d'un financement de leur activité sur la base d'une autre échelle tarifaire que la leur, y compris quand ce n'est pas justifié. Par exemple, une activité est exercée par un seul des établissements membres alors que le GCS n'est pas autorisé pour cette activité, ou qu'elle ne lui a pas été confiée. Ce changement d'échelle, de l'échelle « ex-OQN » vers l'échelle « ex-DG », se traduit par un surcoût pour l'assurance maladie.

B. LE DROIT PROPOSÉ

- Le 1° du **II** modifie et complète l'article L. 6133-1 pour restreindre la possibilité qu'ont les établissements membres d'un groupement de coopération sanitaire d'opter pour l'échelle tarifaire majoritaire de ce groupement.

Le c) prévoit deux situations distinctes. Si le groupement exploite une autorisation détenue par au moins deux de ses membres relevant d'échelles tarifaires

(1) Il s'agit des établissements anciennement financés par la dotation globale : l'ensemble des hôpitaux publics et la très grande majorité des établissements privés à but non lucratif.

différentes, il pourra continuer à opter pour l'échelle tarifaire majoritaire dans les conditions actuelles. En revanche, si cette autorisation est détenue par un seul établissement membre, ou par deux établissements de la même échelle tarifaire, ces établissements ne pourront facturer que dans l'échelle tarifaire découlant de leur propre statut.

Par ailleurs le a) et le d) procèdent à des améliorations rédactionnelles.

● L'annexe n° 9 indique que le présent article permettra d'éviter « *des effets d'opportunité financiers* », dont l'ampleur n'est cependant pas chiffrée.

*

* *

Article 23

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

Cet article reporte du 1^{er} janvier 2026 au 1^{er} janvier 2028 la mise en œuvre d'une protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière.

Prévue dans le cadre d'une ordonnance du 17 février 2021, la participation obligatoire des employeurs publics à la protection complémentaire santé de leurs agents devait être mise en œuvre dans les trois versants de la fonction publique, selon des calendriers spécifiques et au terme de négociations avec les organisations représentatives.

Si ce chantier est en passe d'aboutir dans la fonction publique d'État et dans la fonction publique territoriale, il n'a même pas été véritablement lancé dans la fonction publique hospitalière, de sorte que son report apparaissait inévitable.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LE DISPOSITIF DE SOINS GRATUITS A LONGTEMPS JUSTIFIÉ L'ABSENCE DE FINANCEMENT D'UNE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE POUR LES AGENTS HOSPITALIERS

La fonction publique hospitalière regroupe l'ensemble des personnels des hôpitaux publics, maisons de retraite publiques et de tous les établissements publics sanitaires et sociaux. D'après les statistiques officielles ⁽¹⁾, elle compte 1,21 million d'agents au 31 décembre 2022, soit 21 % de l'emploi public, et exerçant à 89 % dans les hôpitaux, à 7 % dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et à 3 % dans les autres établissements médico-sociaux.

Cette fonction publique se trouve, de longue date, dans une situation spécifique au regard du financement d'une protection sociale complémentaire, du

(1) <https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/rapport-annuel/cc-2024-web.pdf>

fait de l'existence d'un dispositif d'accès aux soins gratuit qui a longtemps semblé pouvoir s'y substituer.

1. La participation de l'employeur à la protection sociale complémentaire est prévue pour les agents publics

Afin de réguler les différents dispositifs d'aides publiques aux mutuelles des fonctionnaires qui avaient vu le jour de manière dispersée, la loi du 2 février 2007 ⁽¹⁾ a inscrit dans le titre I^{er} du statut général de la fonction publique ⁽²⁾ un article 22 *bis* disposant que « les personnes publiques [...] peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent » et que cette participation « est réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités ».

Les modalités d'application de ces dispositions, ainsi applicables aux agents des trois fonctions publiques, ont cependant été renvoyées à un décret. Ceux-ci ont effectivement été adoptés dès 2007 ⁽³⁾ pour la fonction publique d'État et en 2011 ⁽⁴⁾ pour la fonction publique hospitalière. Pour la fonction publique hospitalière, ainsi que l'indique un rapport des inspections générales publié en 2019 ⁽⁵⁾, un projet de décret avait été élaboré en 2007-2008 mais n'a finalement pas abouti, de telle sorte que la loi de 2007 est restée inappliquée pour ce versant de la fonction publique.

2. Le dispositif de soins gratuits a longtemps été considéré comme une alternative pour les agents hospitaliers

Comme l'illustre le rapport précité des inspections générales, l'absence d'adoption du décret d'application de la loi de 2007 s'explique notamment par le fait qu'il existait en pratique assez peu de dispositifs d'aide publique aux mutuelles dans les hôpitaux, où prédominait l'application d'un dispositif spécifique dit de « soins gratuits ».

Ce dispositif résulte de l'article 44 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Il en existe une version pratiquement identique pour les praticiens hospitaliers, portée par l'article 12 de la loi du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social. Il reprend des dispositions plus anciennes ⁽⁶⁾, ce qui montre que ce dispositif d'accès à

(1) Loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique.

(2) Défini par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

(3) Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

(4) Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

(5) « La protection sociale complémentaire des agents publics – Rapport spécifique à la fonction publique hospitalière », Inspections générales des affaires sociales et des finances, juillet 2019.

(6) Article 71 du décret n° 55-683 du 20 mai 1955 portant statut général du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.

des soins gratuits peut être considéré comme un droit statutaire, lié aux risques et servitudes de l'exercice en milieu hospitalier.

Ce droit se trouve désormais codifié aux articles L. 722-1 à L. 722-3 du code général de la fonction publique, qui disposent que :

– le fonctionnaire hospitalier bénéficie de la gratuité des soins médicaux dans l'établissement où il exerce ;

– qu'il bénéficie également de la gratuité des produits pharmaceutiques délivrés pour son usage personnel par la pharmacie de l'établissement, sur prescription d'un médecin de ce dernier ;

– que ses frais d'hospitalisation non remboursés par la sécurité sociale peuvent être pris en charge pendant une durée maximale de six mois, dans l'établissement où il exerce ou, de manière exceptionnelle, dans un autre établissement, en cas d'urgence ou de nécessité avérée ;

– que les agents de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) conservent, de manière dérogatoire, les avantages qui leur ont été reconnus en matière d'accès aux soins. Cela leur permet notamment d'accéder à des soins et à des produits pharmaceutiques gratuits sur l'ensemble des sites de l'AP-HP, ainsi qu'à certains soins de ville, en vertu de dispositions statutaires remontant, pour certaines, au XIX^e siècle.

B. DEPUIS 2019, L'HOPITAL EST, COMME LES AUTRES EMPLOYEURS PUBLICS, TENU DE CONTRIBUER AU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DE SES AGENTS

1. La loi de modernisation de la fonction publique de 2019

La loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ⁽¹⁾ avait imposé à l'ensemble des employeurs privés de faire bénéficier leurs salariés d'une protection complémentaire maladie à adhésion obligatoire, assortie d'un financement de l'employeur à hauteur d'au moins 50 %. En 2019, la loi de transformation de la fonction publique ⁽²⁾ a ouvert la voie à l'extension de ce droit dans le secteur public. L'article 40 de cette loi habilite ainsi le Gouvernement à prendre par ordonnance toute mesure visant à « redéfinir la participation des employeurs [publics] au financement des garanties de protection sociale de leurs personnels ainsi que les conditions d'adhésion et de souscription de ces derniers, pour favoriser leur couverture sociale complémentaire ».

Cette évolution avait ainsi vocation à embrasser l'ensemble des pans de la fonction publique, y compris les agents hospitaliers, pour lesquels il apparaissait désormais que le dispositif de soins gratuits ne constituait plus une garantie

(1) Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

(2) Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

suffisante. En effet, le rapport précité des inspections générales avait souligné que le dispositif de soins gratuits était « *de moins en moins et très inégalement appliqué* », avec seulement 33 % des centres hospitaliers qui le mettaient en œuvre pour les consultations médicales (39 % pour les centres hospitaliers universitaires), 25 % pour les hospitalisations (33 %) et 13 % pour les produits pharmaceutiques (22 %). En outre, même pour les établissements qui appliquaient ce dispositif, le taux de recours des agents hospitaliers apparaissait faible, de l'ordre de 25 % pour les consultations médicales et de 3 % pour l'hospitalisation, tandis qu'il était pratiquement nul pour les produits pharmaceutiques. Enfin, ce dispositif apparaissait intrinsèquement inégalitaire, dans la mesure où l'offre de soins disponibles est nécessairement très variable selon l'établissement d'exercice de l'agent concerné.

Les inspections générales préconisaient ainsi de maintenir le dispositif de soins gratuits, compte tenu de la symbolique forte qui y était attachée et de son coût modéré (8,5 millions d'euros par an en moyenne, dont 6 millions pour l'AP-HP), tout en permettant aux établissements d'opter alternativement pour la participation au financement d'une assurance complémentaire santé.

2. L'ordonnance de 2021

Conformément à l'habilitation donnée par la loi de transformation de la fonction publique, l'article 1^{er} de l'ordonnance du 17 février 2021 ⁽¹⁾ a modifié l'article 22 *bis* précité du statut général de la fonction publique (désormais codifié à l'article L. 827-1 du code général de la fonction publique), en imposant aux employeurs publics de participer « au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident », cette participation ne pouvant être inférieure à « la moitié du financement nécessaire » à la couverture des garanties minimales mentionnées à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Cet article prévoit également que la participation financière des employeurs publics est « réservée aux contrats à caractère collectif ou individuel sélectionnés par les employeurs publics au terme d'une procédure de mise en concurrence ». Il dispose que la participation de l'employeur et la souscription à ces contrats peuvent être prévue dans le cadre d'un accord collectif. Il renvoie par ailleurs à un décret pour définir les conditions de cette participation en l'absence d'accord collectif.

L'article 4 de l'ordonnance prévoit que la participation obligatoire des employeurs publics à hauteur d'au moins 50 % du financement des garanties complémentaires minimales doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2024 dans la fonction publique d'État et le 1^{er} janvier 2026 dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière.

(1) Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique.

C. LE CHANTIER DE LA MISE EN PLACE D'UNE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE SEMBLE NÉANMOINS BLOQUÉ À L'HÔPITAL

1. Si les négociations ont pu aboutir à la mise en place d'une protection sociale complémentaire dans les fonctions publiques d'État et territoriales...

Dans la foulée de l'ordonnance de 2021, des négociations collectives ont été ouvertes au sein des trois fonctions publiques pour définir les modalités de cette protection sociale complémentaire obligatoire. Dans la fonction publique d'État, un accord collectif a pu être conclu dès le 26 janvier 2022, dont les dispositions ont été transposées dans le statut par un décret du 24 avril 2022 ⁽¹⁾. Cependant, les contrats de protection sociale complémentaire n'ont commencé à être mis en place qu'à partir du 1^{er} janvier 2025, au terme des négociations et des procédures d'appel d'offres conduites secteur par secteur. L'article 160 de la loi de finances pour 2025 ⁽²⁾ a ainsi repoussé l'entrée en vigueur de l'obligation prévue par l'ordonnance de 2021 au plus tard au 31 décembre 2026.

Dans la fonction publique territoriale, un décret du 20 avril 2022 ⁽³⁾ a précisé les contours de cette protection sociale complémentaire, la participation de l'employeur étant établie à 15 euros par mois au minimum. Un accord collectif adopté le 11 juillet 2023 est venu parachever ce socle juridique ⁽⁴⁾, de sorte que le processus apparaît aujourd'hui bien avancé.

2. ... le chantier semble enlisé dans la fonction publique hospitalière

Dans la fonction publique hospitalière, en revanche, le chantier visant à mettre en place cette protection sociale complémentaire apparaît à peine esquissé. Les négociations visant à conclure un accord collectif n'ont jamais réellement été ouvertes, après que quatre des cinq syndicats représentatifs ont quitté une réunion de travail organisée avec le ministère de la santé en avril 2023. Ils protestaient contre la volonté du ministère de restreindre les négociations à la protection sociale complémentaire, alors qu'ils demandaient que soit également évoqué un élargissement du dispositif de soins gratuits (*cf. supra*).

Si M. Yannick Neuder, alors ministre de la santé, avait annoncé, en mai dernier, l'ouverture prochaine de négociations visant à mettre en place cette protection sociale complémentaire, la première réunion prévue en septembre a été ajournée, alors que le Gouvernement était démissionnaire. Il apparaît donc clairement que le délai du 1^{er} janvier 2026 fixé par l'ordonnance de 2021 pour la mise en œuvre de la complémentaire santé obligatoire dans la fonction publique hospitalière ne pourra pas être tenu.

(1) Décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État.

(2) Loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025.

(3) Décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.

(4) Accord collectif national portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux du 11 juillet 2023.

II. LE DROIT PROPOSÉ

Le présent article repousse au 1^{er} janvier 2028 le délai maximal pour la mise en œuvre d'une protection santé complémentaire obligatoire dans la fonction publique hospitalière, assortie d'une participation de l'employeur à hauteur de 50 % du montant de la cotisation minimale.

Cette mesure sera source d'économies pour l'assurance maladie, dans la mesure où les hôpitaux n'auront pas à financer de participation aux complémentaires santé de leur 1,2 million d'agents en 2026 et 2027. Cette économie n'est cependant pas chiffrée par l'annexe 9 au présent projet de loi.

*

* *

Article 24

Lutter contre les rentes dans le système de santé

Le présent article comporte diverses mesures visant à contenir les dépenses d'assurance maladie dans des secteurs dont la rentabilité économique apparaît supérieure à la moyenne des autres secteurs de la santé humaine.

Plusieurs leviers structurels sont mis en œuvre pour contraindre la détermination des tarifs des soins dans ces secteurs, dès lors que les négociations conventionnelles ne permettent pas de parvenir aux économies attendues :

– un pilotage des prix par la rentabilité est instauré : dès lors que cette rentabilité sera « manifestement disproportionnée », la négociation conventionnelle devra prévoir des baisses de tarifs, faute de quoi l'assurance maladie pourra appliquer ces ajustements de manière unilatérale ;

– par ailleurs, dans certains secteurs, la fixation des tarifs est définitivement écartée du champ de la négociation conventionnelle. Il en va ainsi des futurs forfaits ayant vocation à financer les actes de radiothérapie, ainsi que des forfaits techniques rémunérant les équipements lourds d'imagerie médicale.

Enfin, des baisses de tarifs devront intervenir dès le début de l'année 2026, à hauteur de 100 millions d'euros pour la radiothérapie et de 20 millions d'euros pour la néphrologie, sur le champ des dialyses.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LE CONSTAT DE L'ÉMERGENCE DE « RENTES » DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ, LIÉES AU MODE DE DÉTERMINATION DES TARIFS

● Dans son dernier rapport « Charges et produits » ⁽¹⁾, la Caisse nationale de l'assurance maladie évoque la nécessité, pour une meilleure allocation des

(1) « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026 », juillet 2025.

ressources dans le système de santé et afin de freiner l'évolution des dépenses, de résorber les rentes économiques qui se sont constituées dans certains secteurs. Celles-ci sont définies comme « *les situations dans lesquelles on observe un écart anormalement élevé entre la tarification d'une activité de soin et le coût moyen de réalisation de cette activité* ». Elles s'observent « *à l'échelle d'un seul acte de soins, d'une série d'actes, voire (...) d'un secteur entier de l'offre de soins* ».

Ces écarts sont liés au mode de détermination des tarifs, qui ne procède pas du libre jeu du marché, mais de négociations conventionnelles entre la Caisse nationale de l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des professionnels concernés, où d'autres critères que le coût associé à l'activité entrent en jeu.

Si ces rentes ne sont pas forcément illégitimes, puisqu'elles résultent d'un comportement rationnel des offreurs de soins, qui cherchent « *à être efficaces dans leur pratique* », l'assurance maladie souligne qu'elles doivent être réduites pour deux raisons :

- elles sont principalement financées par de l'argent public, « *issu des cotisations sociales, qui n'est pas destiné à être investi en dehors du système de soins au-delà d'une "juste" rémunération du capital investi* » ;

- en rendant certaines activités plus rentables que d'autres, elles induisent des pratiques d'optimisation financière des offreurs de soins, au détriment de l'accès des patients à des soins de qualité.

- Dans le même rapport, l'assurance maladie se livre à une analyse du niveau de rentabilité de différents secteurs, une rentabilité supérieure à la moyenne étant interprétée comme manifestant l'existence d'une rente économique. Cette rentabilité est évaluée à travers trois indicateurs :

- le ratio excédent brut d'exploitation/chiffre d'affaires (EBE/CA), qui permet d'évaluer la richesse créée à partir de l'exploitation d'une entreprise, indépendamment de sa politique d'investissement et de sa structure financière ;

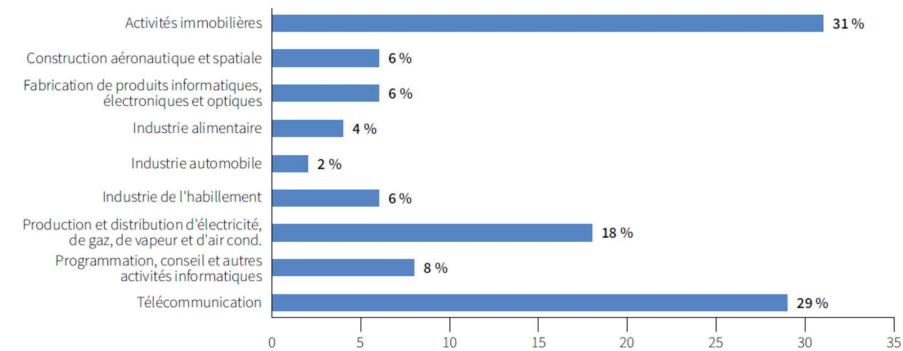
- le ratio flux de trésorerie disponible/chiffre d'affaires (FTD/CA), qui permet de prendre en compte, en outre, la politique d'investissements de l'entreprise ;

- le ratio résultat net/chiffre d'affaires, qui tient compte de l'ensemble des charges et produits de l'entreprise, qu'ils soient liés à l'exploitation, financiers, etc.

Cette analyse a été appliquée aux secteurs de l'anatomopathologie, de l'audioprothèse, de la biologie, de la dialyse, de la médecine nucléaire, de la radiologie et de la radiothérapie, pour leur seule activité libérale. Pour l'ensemble de ces secteurs, elle fait apparaître une rentabilité opérationnelle (EBE/CA) supérieure à 15 %, « *soit le double de la rentabilité moyenne des entreprises marchandes non agricoles et non financières françaises* », établie à 7,8 % en 2022 (cf. graphiques ci-après).

Cette rentabilité apparaît particulièrement élevée dans les secteurs de la radiothérapie, avec une rentabilité opérationnelle de 27,2 % et une rentabilité moyenne (résultat net/CA) de 21,1 %, et de la biologie (rentabilité opérationnelle de 23,7 % ; rentabilité moyenne de 18,7 %). Viennent ensuite, par ordre décroissant, l'anatomopathologie, la médecine nucléaire puis, avec des ordres de grandeur similaires, la dialyse, l'audioprothèse et la radiologie.

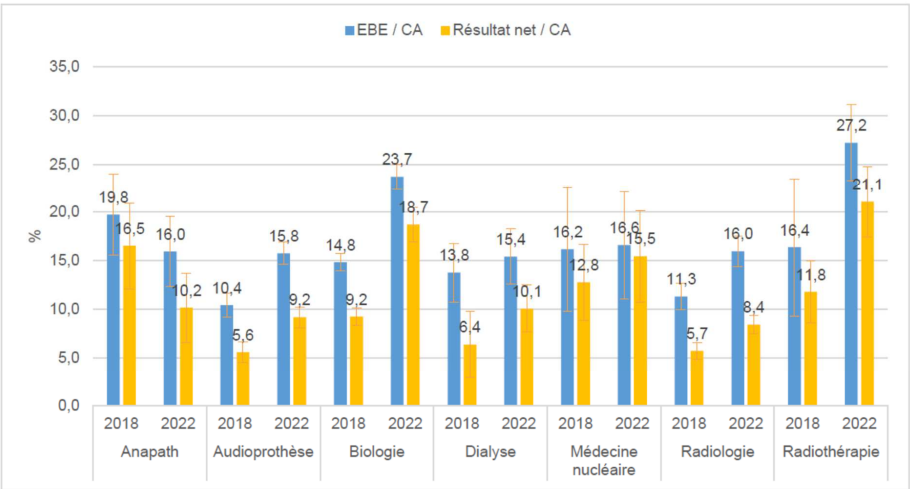
Rentabilité de différents secteurs d'activité (excédent brut d'exploitation/chiffre d'affaires) en 2019



Note de lecture : les entreprises sont classées dans un secteur d'activité selon leur code NAF principal.
Champ : toutes les entreprises ayant un chiffre d'affaires supérieur à 1 000 euros
Source : Diane

Source : rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie pour 2023.

ÉVOLUTION DE LA MOYENNE DES RATIOS DE RENTABILITÉ
SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ EN 2018 ET EN 2022



EBE : excédent brut d'exploitation ; CA : chiffre d'affaires ; anapath : anatomopathologie
Note de lecture : les données présentées sont des moyennes, associées à leur intervalle de confiance à 95 %.

Source : rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie pour 2026.

Pour l'ensemble de ces secteurs à l'exception de l'anatomopathologie, la rentabilité progresse entre 2018 et 2022, parfois dans des proportions importantes. Pour la radiothérapie, elle augmente de 78 % ; pour l'audioprothèse, de 64 % ; pour la dialyse, de 58 % ; pour la radiologie, de 47 % ; pour la médecine nucléaire enfin, de 21 %. La très forte progression de la rentabilité de la biologie, qui a doublé entre 2018 et 2022, doit être mise en relation avec la crise sanitaire et le financement massif des tests de dépistage du covid-19. Le secteur a retrouvé, depuis, des niveaux moins importants, même s'ils demeurent relativement élevés.

- Cette analyse est confortée par un examen du niveau moyen de rémunération des médecins libéraux exerçant dans ces différents secteurs. Ainsi que l'illustre une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) parue en décembre 2024 ⁽¹⁾, les secteurs médicaux avec un niveau de rentabilité élevé sont aussi ceux dans lesquels les spécialistes sont les plus rémunérés, avec un écart parfois massif avec la moyenne des spécialités médicales.

(1) « [*Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation*](#) », Drees, décembre 2024.

LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS AYANT UNE ACTIVITÉ LIBÉRALE EN 2021

Par spécialistes et par regroupement de spécialistes	Effectifs	Part des effectifs exerçant en secteur 2 (en %)	Part des effectifs ayant une activité mixte (en %)	Revenu d'activité (en euros)			Dont revenu libéral (en euros)			Rapport interdécile ¹ D9/D1
				Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	
Omnipraticiens	51 702	4,7	28,9	98 300	98 800	88 600	93 500	94 000	82 900	4,3
Spécialités médicales (hors omnipraticiens), dont :	24 160	42,6	35,9	127 800	128 300	127 100	115 600	115 100	116 300	6,4
Anesthésistes-réanimateurs	3 403	58,2	19,0	191 700	178 400	201 200	182 400	166 000	194 200	5,8
Cardiologues	4 281	25,7	38,8	163 000	164 700	158 000	144 600	145 400	142 300	5,4
Dermatologues	2 276	44,6	26,9	96 800	90 100	105 400	92 600	87 300	99 500	4,5
Gastro-entérologues	1 859	47,1	40,0	149 000	149 300	148 700	134 000	132 700	135 400	4,6
Oncologues médicaux	212	25,5	33,9	187 100	181 800	202 000	171 100	169 900	174 600	8,3
Pédiatres	2 310	46,5	40,6	88 400	86 800	90 200	79 900	77 500	82 800	4,8
Pneumologues	1 062	23,5	44,4	129 900	135 600	111 100	114 700	120 600	95 300	4,5
Psychiatres et neuropsychiatres	4 773	43,4	37,0	92 800	93 600	91 600	81 500	83 000	79 400	5,8
Rhumatologues	1 312	55,6	42,0	92 200	90 200	93 800	83 400	84 000	82 900	5,0
Autres spécialistes	2 672	42,9	44,8	114 900	128 200	97 200	98 800	110 500	83 300	6,2
Spécialités médico-chirurgicales ² , dont :	9 578	68,4	32,4	150 100	124 800	161 900	137 400	112 400	149 200	7,2
Gynécologues-obstétriciens	3 922	70,4	34,5	117 700	96 800	126 600	102 600	79 800	112 400	6,2
Ophthalmologistes	3 848	66,2	26,2	191 900	150 200	213 600	182 800	143 100	203 300	8,6
Oto-rhino-laryngologistes	1 808	68,5	40,6	133 100	125 800	136 500	118 400	110 400	122 200	5,1
Spécialités chirurgicales	7 418	82,7	33,3	178 300	162 200	181 700	157 000	120 100	164 800	6,2
Spécialités de plateau médico-technique, dont :	6 275	24,7	25,2	228 700	234 100	211 900	211 500	216 300	196 700	6,9
Anatomo-cyto-pathologistes	559	25,0	18,2	189 500	196 400	169 400	178 600	186 200	156 700	6,9
Médecins nucléaires	376	7,7	47,4	283 300	287 900	226 600	254 500	257 400	218 600	7,4
Radiologues	4 918	26,8	23,5	212 700	216 200	203 000	196 100	198 800	188 400	6,0
Radiothérapeutes	422	15,2	33,8	417 500	405 400	486 600	395 500	386 300	448 100	17,3
Ensemble des médecins libéraux										
hors spécialité des omnipraticiens	47 431	51,7	33,4	153 300	151 200	155 200	138 900	135 600	142 100	5,7
y compris spécialité des omnipraticiens	99 133	27,2	31,0	124 000	115 100	149 100	114 700	106 900	136 600	7,0

1. Le rapport interdécile est défini comme le rapport entre le revenu au-delà duquel se situent les 10 % des médecins les mieux rémunérés (appelé D9) et celui en-deça duquel se situent les 10 % les moins bien rémunérés (appelé D1).

2. Une part significative de l'activité de ces spécialités correspond à des actes chirurgicaux et certains médecins peuvent se spécialiser dans la réalisation de ces actes. Il n'est cependant pas possible de les distinguer.

Lecture > En France, 27,2 % des 99 133 médecins libéraux exercent en secteur 2 et 31,0 % ont une activité salariée. Le revenu d'activité moyen est de 124 000 euros annuels tous secteurs confondus et le revenu libéral moyen qui ne concerne que la partie libérale de leur pratique est de 114 700 euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, médecins conventionnés, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

Sources > CNAM, effectifs et part des médecins en secteur 2 ; Insee-DGFiP-CNAM 2021, exploitation DREES (revenus et activité mixte).

> Études et Résultats n° 1322 © DREES

B. LA BIOLOGIE MÉDICALE

En 2023, le secteur de la biologie médicale privée a dégagé une rentabilité opérationnelle de 17 %. En retrait par rapport à 2022 (24 %), en raison de l’effacement des effets de la crise sanitaire, elle demeure élevée et similaire aux niveaux constatés en 2010 et en 2019, ainsi que l’illustre un récent rapport des inspections générales ⁽¹⁾. La rentabilité appréciée sous l’angle du ratio du flux de trésorerie disponible sur le chiffre d’affaires – ce qui permet de tenir compte des investissements réalisés – s’élève à 13,9 % avant impôts et 10,8 % après impôts « soit respectivement 6 et 7 points au-dessus des ratios [...] de l’ensemble des secteurs “santé humaine” ».

(1) « Pertinence et efficience des dépenses de biologie médicale », Igas/IGF, mai 2025.

Le maintien de ce haut niveau de rentabilité est particulièrement notable dans un contexte où le secteur est régulé, depuis 2014, par des accords prix-volume qui ont limité la croissance des dépenses remboursables à 1,1 % par an.

La Caisse nationale de l'assurance maladie souligne, dans son dernier rapport « Charges et produits » ⁽¹⁾, que la situation « *s'explique, d'une part, par la structure de coûts de ce secteur, essentiellement composé de coûts fixes (masse salariale), et, d'autre part, par son intensité relativement faible en investissements (machines en leasing ou mises à disposition et location de locaux). Or, les coûts fixes ne croissant pas de manière proportionnelle à l'activité réalisée, toute augmentation d'activité au-delà du point mort d'un laboratoire suscite des gains en termes de marge.* »

Or, l'activité des laboratoires s'est fortement accrue depuis une décennie du fait d'une croissance continue du volume d'examens demandés, lequel a progressé de plus de 30 % entre 2013 et 2024. Dans le même temps, les prix des examens baissaient de 15 % à 20 % en moyenne. Les très importants gains de productivité des laboratoires de biologie médicale, dans le contexte d'un mouvement de concentration du secteur, leur ont permis d'absorber ces volumes en maîtrisant leurs coûts et, ainsi, en préservant leurs marges, malgré les baisses de prix.

Le rapport précité des inspections générales souligne que la rentabilité étant essentiellement liée au volume d'activité, elle varie selon la taille du laboratoire, appréhendée sous l'angle du chiffre d'affaires. En revanche, l'appartenance à un groupe semble ne pas avoir d'impact significatif, la rentabilité moyenne des différents laboratoires des groupes étant très hétérogène.

Le même rapport souligne une baisse importante de la rémunération moyenne des biologistes libéraux (– 31 %) entre 2010 et 2023, à rebours de la hausse constatée sur la même période pour l'ensemble des médecins libéraux (+ 31 %). En 2023, la rémunération moyenne d'un médecin biologiste atteint 107 919 euros annuels, sous la moyenne de l'ensemble des médecins libéraux (122 935 euros). Cependant, ces données, qui correspondent aux revenus déclarés aux caisses de retraite, ne tiennent pas compte d'éventuels effets d'optimisation destinés à réduire les cotisations sociales (versement de dividendes, par exemple).

Il semble ainsi qu'une partie importante des bénéfices du secteur soit captée par les groupes, par ailleurs lourdement endettés du fait d'acquisitions de laboratoires à des prix toujours plus élevés dans un contexte spéculatif. Le rapport précité souligne ainsi que « *la rentabilité nette des groupes, après charges financières (notamment le remboursement des dettes d'acquisition) est [...] faible, voire peu soutenable* ».

Tout en appelant à une régulation de la rentabilité du secteur de la biologie médicale de ville pour la rapprocher de la moyenne des autres secteurs au moyen de baisses tarifaires, la mission Igas/IGF admet un éventuel impact sur le maillage des

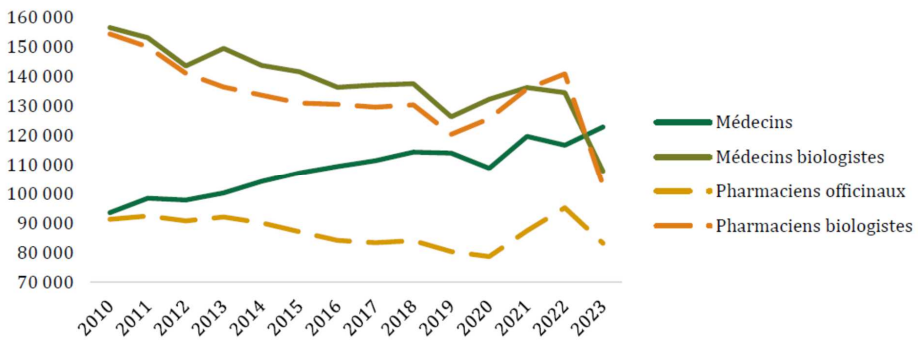
(1) Ibid.

laboratoires de biologie médicale, dont les plus vulnérables en termes financiers fermeront.

Cependant, la mission souligne que la très grande majorité des laboratoires dont la rentabilité est faible sont situés en zone surdotée. Cette faible rentabilité s'expliquerait alors par la concurrence.

Les auteurs n'identifient que trente sites fragiles isolés, c'est-à-dire « *sans alternative sur la même commune ou dans une commune limitrophe* », pour lesquels ils recommandent un dispositif financier spécifique afin de garantir leur pérennité.

MOYENNE DES REVENUS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS BIOLOGISTES ET DE L'ENSEMBLE DES MÉDECINS ET PHARMACIENS COTISANT À LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MÉDECINS DE FRANCE ET À LA CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES PHARMACIENS



Source : *Efficiency and pertinence des dépenses de biologie médicale*, Igas/IGF, mai 2025.

C. L'IMAGERIE MÉDICALE

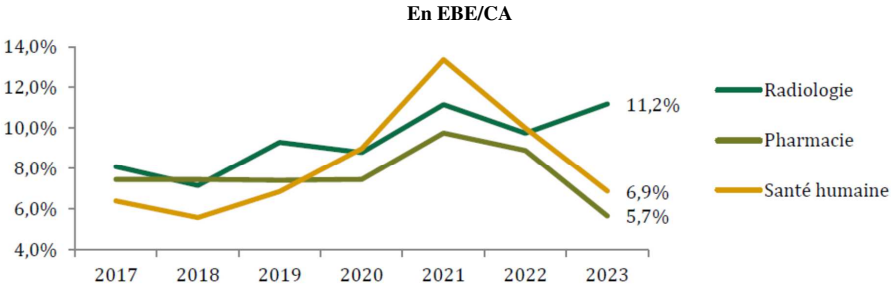
• Selon un récent rapport des inspections générales ⁽¹⁾, la rentabilité opérationnelle (EBE/CA) du secteur de la radiologie (activité des radiologues libéraux) est estimée à 13 % en 2023 contre 10 % en 2018.

Il convient de souligner que la rentabilité des cabinets de radiologie est beaucoup plus variable que celle des laboratoires de biologie. Dans son rapport « Charges et produits » précité, la Caisse nationale de l'assurance maladie montre qu'« *en 2022, 25 % des cabinets de radiologie présentaient un taux de marge inférieur à 2 %, mais 25 % présentaient des taux de marge supérieurs à 30 %* ».

La rentabilité globale du secteur est supérieure de 4 points au reste du secteur de la santé humaine. Elle est analysée par la Caisse comme « *la conséquence d'une tarification de chaque composante de la rémunération des radiologues, supérieure aux coûts de réalisation de leur activité ou de leurs investissements* ». Elle suggère ainsi un creusement de ce décalage entre tarifs et coûts.

(1) « *Pertinence et efficacité des dépenses d'imagerie médicale* », Igas/IGF, mai 2025.

RENTABILITÉ OPÉRATIONNELLE DES SECTEURS DE LA RADIOLOGIE, DE LA PHARMACIE
ET DE L'ENSEMBLE DE LA SANTÉ HUMAINE



Source : Pertinence et efficience des dépenses de radiologie, Igas/IGF, mai 2025.

FLUX DE TRÉSORERIE NORMATIF DU SECTEUR DE LA RADIOLOGIE ENTRE 2017 ET 2023

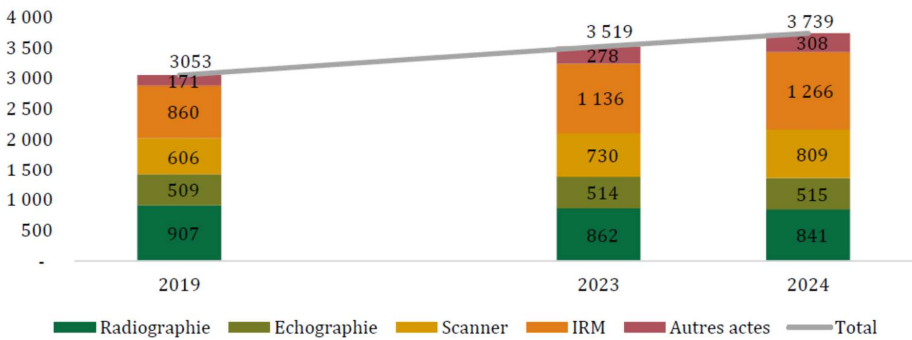
Variable	2017 (M€)	2023 (M€)
Chiffre d'affaires (A)	2 025,5	3 488,7
Excédent brut d'exploitation (B)	217,3	467,2
Variation du besoin en fonds de roulement (C)	-	-
Investissements (capex) (D)	62,8	94,2
Impôts sur les bénéfices (E)	52,1	102,4
Flux de trésorerie disponible avant impôt (FTDAI) (F1=B-C-D))	154,2	373,0
Flux de trésorerie disponible (FTD) (F2=B-C-D-E))	102,1	270,6
FTDAI en proportion du chiffre d'affaires (G=F1/A)	7,6 %	10,7 %
FTD en proportion du chiffre d'affaires (G=F2/A)	5,0 %	7,8 %

Source : ibid.

• Les deux principales composantes de la rémunération des radiologues sont les tarifs des actes et les forfaits techniques, intégralement remboursés par l'assurance maladie pour couvrir les coûts d'investissement et de fonctionnement des appareils d'imagerie en coupe (IRM, scanner). L'assurance maladie et la mission Igas/IGF précitée estiment que la rentabilité importante de la radiologie résulte principalement d'une surrémunération des forfaits techniques. Cette hypothèse expliquerait l'amélioration substantielle de cette rentabilité au cours des dernières années dans la mesure où les examens d'imagerie en coupe, qui génèrent les forfaits techniques, expliquent l'essentiel de l'augmentation des dépenses d'imagerie.

Entre 2019 et 2024, les dépenses remboursées par l'assurance maladie aux radiologues libéraux sont passées de 3,1 à 3,7 milliards d'euros. Le rapport des inspections générales précité montre que 90 % de cette dynamique s'explique par la hausse des dépenses d'imagerie en coupe. À l'heure actuelle, les examens d'IRM et de scanner représentent plus de 2 milliards d'euros de dépenses remboursées, soit 59 % du total, tandis que les forfaits techniques s'élèvent à 1,7 milliard d'euros, dont 1,4 milliard d'euros sur les IRM et scanner.

ÉVOLUTION DES MONTANTS REMBOURSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE
AUX RADIOLOGUES PAR CATÉGORIE D'ACTES
En millions d'euros



Source : ibid.

• La régulation des forfaits techniques apparaît particulièrement délicate dans la mesure où une asymétrie d'information importante existe entre l'assurance maladie et les exploitants d'imagerie médicale quant aux coûts réels associés à l'acquisition, à la maintenance et au fonctionnement des appareils d'imagerie en coupe. Dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, un article permettait à Caisse nationale de l'assurance maladie de mener des études de coûts dans ce secteur à partir d'informations commerciales que les exploitants devaient fournir, sous peine de pénalité financière ⁽¹⁾. Cependant, il semble qu'il n'ait pas été fait usage de cette faculté.

En effet, dans leur rapport précité, les inspections générales déplorent le manque d'informations persistant sur cette question. Elles se livrent en conséquence à une estimation de la surfacturation des forfaits techniques, en comparant les recettes tirées de ces forfaits aux coûts d'utilisation calculés sur la base d'un nombre moyen d'actes par équipement. Elles concluent que « *sur une période de sept ans, le forfait technique couvre en moyenne 166,2 % des coûts liés aux machines et à leur utilisation* », contribuant au « *niveau exceptionnel de rémunération des radiologues* ».

Ces derniers comptent en effet parmi les spécialistes libéraux les mieux rémunérés, à hauteur d'environ 213 000 euros annuels, soit 39 % de plus que la moyenne des spécialistes. Le rapport souligne néanmoins que cette rémunération tend à se réduire alors que la rentabilité des cabinets augmente, ce qui fait suspecter « *une captation de la valeur par les acteurs financiers nouvellement introduits dans le champ de la radiologie en ville* ».

• Enfin, le rapport des inspections générales souligne que la réforme des autorisations pour les équipements lourds d'imagerie médicale, entrée en vigueur l'an dernier, pourrait amplifier le phénomène de rente associée à la détention d'appareils d'imagerie en coupe. En effet, les autorisations étant désormais accordées par site géographique, les exploitants pourront installer jusqu'à trois équipements pour un seul site, voire davantage sur dérogation de l'agence régionale

(1) Article 49 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

de santé, sans avoir à solliciter une nouvelle autorisation. Cette possibilité, ajoutée au fait que les nouvelles machines sont plus avantageuses puisque le montant du forfait technique diminue avec l'amortissement, pourrait engendrer de nouveaux surcoûts pour l'assurance maladie.

- Pour résorber les rentes économiques dans l'imagerie médicale, les inspections générales appellent à réduire le montant des forfaits techniques pour le calibrer en fonction des coûts d'investissement réellement supportés. Elles préconisent de « *sortir la radiologie du cadre conventionnel tant pour la fixation du tarif des actes que pour les forfaits techniques* » tout en régulant fermement l'accès au secteur 2 pour qu'il ne constitue pas un point de fuite de cette régulation.

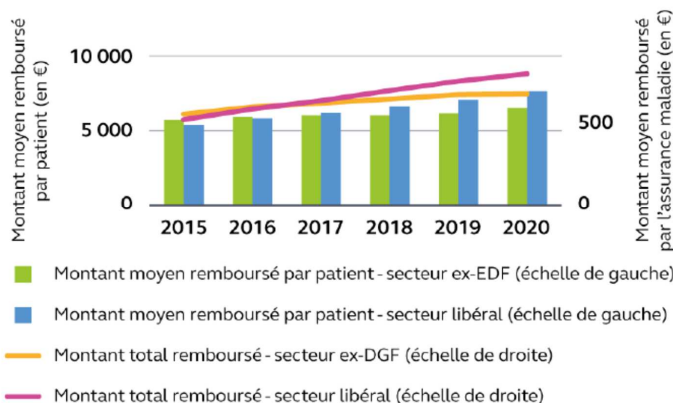
D. LA RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie est, d'après l'analyse de la Caisse nationale de l'assurance maladie, le secteur des soins libéraux le plus lucratif, loin devant les autres, avec une rentabilité opérationnelle de 27 % et une rentabilité moyenne (investissements déduits) de 21 % en 2022. Par ailleurs, les radiothérapeutes libéraux sont, également de très loin, les spécialistes les mieux rémunérés, avec 418 000 euros annuels en net moyen, soit 2,7 fois la moyenne d'un spécialiste libéral.

Ce secteur pèse encore relativement peu dans l'offre de soins. Cependant les dépenses remboursées par l'assurance maladie sont particulièrement dynamiques. La Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale en 2021 ⁽¹⁾, soulignait qu'elles avaient crû de 8,9 % par an en moyenne entre 2015 et 2020 sur le périmètre des soins de ville, une augmentation plus que proportionnelle à celle du nombre de patients. En 2020, elles atteignent 1,5 milliard d'euros, dont environ 900 millions d'euros pour le secteur libéral.

(1) Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale en 2021, chapitre V : « La radiothérapie, une offre dynamique à mieux réguler », Cour des comptes, septembre 2022.

MONTANTS REMBOURSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE EN FONCTION DU SECTEUR D'ACTIVITÉ



Source : RALFSS 2021, Cour des comptes.

La rentabilité exceptionnelle de la radiothérapie s'explique essentiellement par son mode de tarification, par l'intermédiaire d'actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) dont la codification est inchangée depuis 2004. L'obsolescence totale de cette codification, dans un contexte de progrès technique rapide pour cette spécialité, est connue. Comme le soulignent la Cour des comptes et la Caisse nationale de l'assurance maladie ⁽¹⁾, elle induit des stratégies d'optimisation de la facturation qui conduisent l'assurance maladie à rembourser « à l'aveugle » des montants manifestement déconnectés de la réalité des coûts.

C'est la raison pour laquelle plusieurs expérimentations ont été conduites, dès 2013, dans le but de financer la radiothérapie au forfait et non à l'acte. Ce mode de prise en charge apparaissait mieux adapté aux évolutions technologiques, qui permettaient, grâce à des irradiations plus précises, de réduire le nombre de séances (hypofractionnement). Cependant, cette réforme a longtemps été repoussée. C'est seulement avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 qu'a été posé le principe du financement au forfait ⁽²⁾, avec une échéance au 1^{er} janvier 2026 ramenée au 1^{er} octobre 2025 en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Figurant dans la section du code de la sécurité sociale relative aux établissements de santé ⁽³⁾, cette disposition ne touche cependant que les tarifs de la radiothérapie hospitalière. Les débats parlementaires avaient pourtant exprimé la volonté de rapprocher les modalités de financement de la ville et de l'hôpital, et la réforme de la tarification apparaît tout aussi nécessaire en ville.

(1) Ibid.

(2) Cf. article 49 de la loi n° 2023-1350 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(3) À l'article L. 162-22-3.

S'agissant des établissements, la nomenclature des nouveaux forfaits a été arrêtée par le Haut Conseil des nomenclatures et approuvée par les représentants de la profession. Cependant, le recueil à blanc des données par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) au premier semestre 2025 a montré que cette nomenclature traduisait encore imparfaitement l'activité de radiothérapie. Les acteurs du secteur et le ministère semblent converger sur la nécessité de repousser la réforme au 1^{er} janvier 2027, en l'appliquant simultanément aux établissements et aux cabinets libéraux.

E. LA NÉPHROLOGIE

La *néphrologie* est la spécialité médicale visant à prévenir, diagnostiquer et soigner les maladies des reins. L'ultime stade de la maladie rénale est l'insuffisance chronique, qui se caractérise par une perte de la fonction rénale entraînant le décès du patient si aucun traitement n'est appliqué. Elle a deux causes principales : le diabète et l'hypertension artérielle. Cette maladie connaît une prévalence croissante au sein de la population : en 2022, plus de 93 000 patients étaient traités contre 87 000 en 2017 et 74 000 en 2012. Les traitements de suppléance disponibles sont la dialyse – ou exuration extrarénale – et la greffe de rein.

La dialyse compte parmi les traitements les plus coûteux pour l'assurance maladie : environ 80 000 euros par an et par patient en centre, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie dans le cadre d'une affection de longue durée. Les dépenses remboursées s'élevaient ainsi à 3,36 milliards d'euros en 2017. Il y a lieu de penser qu'elles se sont fortement accrues depuis, avec l'augmentation du nombre de patients et dans un contexte où le chiffre d'affaires des centres de dialyse libéraux s'est accru de 21 % entre 2018 et 2022 ⁽¹⁾.

D'après l'étude susmentionnée de la Caisse nationale de l'assurance maladie, les centres privés de dialyse bénéficiaient d'une rentabilité opérationnelle de 15 % en 2022. Elle avait d'ores et déjà été soulignée par un rapport de la Cour des comptes en 2020 ⁽²⁾, du fait de tarifs manifestement trop élevés et d'une réglementation incitant les néphrologues à facturer des consultations pour chaque séance de dialyse. La Cour soulignait que les baisses de tarifs consenties n'avaient pas réellement entamé la rentabilité du secteur, en raison de gains de productivité. Elle préconisait le financement de la dialyse au moyen d'un forfait par patient dialysé, intégrant l'ensemble des coûts pour privilégier la prise en charge la plus adaptée et la plus légère possible.

Le passage à un financement au forfait a finalement été voté pour la dialyse en même temps que pour la radiothérapie, avec l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Comme pour la radiothérapie, il ne concerne que les tarifs hospitaliers, étant donné la position de son inscription dans le code. Il devait

(1) Cf. Caisse nationale de l'assurance maladie, op. cit.

(2) Cour des comptes, rapport public annuel, chapitre II : « L'insuffisance rénale chronique terminale : une prise en charge à réformer au bénéfice des patients », février 2020.

donc également entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2026. Cependant, les associations de patients ont fait part de leur inquiétude face au nouveau modèle de financement, demandant son report au 1^{er} janvier 2027.

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. INSTAURER UN DISPOSITIF DE RÉGULATION DES TARIFS EN FONCTION DE LA RENTABILITÉ DU SECTEUR

Le 4^o du I instaure un pilotage des tarifs dans le champ conventionnel en fonction de la rentabilité constatée des secteurs de l'offre de soins. L'annexe 9 au présent projet de loi souligne qu'il s'agit du pendant du mécanisme permettant aux ministres de faire baisser les tarifs hospitaliers par arrêté lorsque la rentabilité excessive d'une activité est documentée par les études de coûts de l'Atih.

À cette fin, le 4^o introduit un nouvel article **L. 162-14-6 dans le code de la sécurité sociale**, au sein d'une section relative aux conventions avec les professionnels de santé.

- Cet article prévoit que, lorsqu'est documenté **un « niveau de rentabilité manifestement disproportionné »** dans un secteur de l'offre de soins, les ministres de la santé et de la sécurité sociale peuvent demander au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) « *d'engager [dans un délai d'un mois] des négociations en vue de la conclusion d'un avenant permettant une baisse de tarifs pour un montant* » et dans des délais qu'ils déterminent. Ces baisses de tarifs doivent « *permettre une convergence du niveau de rentabilité* » du secteur ou du soin considéré avec la moyenne.

À défaut d'avenant conclu conformément aux termes susmentionnés, le directeur général de l'Uncam est habilité à procéder à ces baisses de tarifs **de façon unilatérale**.

- Pour déterminer la rentabilité économique des différents secteurs, les ministres et l'assurance maladie pourront s'appuyer sur **des analyses** à partir des données comptables et statistiques pertinentes, appréciées, le cas échéant, sur un échantillon représentatif. Ces données devront être communiquées sur demande par tout professionnel de santé ou toute autre personne, physique ou morale, habilitée à délivrer des soins, dispenser une prestation, délivrer des produits ou dispositifs médicaux. À défaut, une pénalité financière pourra lui être infligée, d'un montant inférieur ou égal « *à 1 % du montant des honoraires qui lui sont versés par l'assurance maladie pendant les douze mois précédents* », affectée à l'assurance maladie.

- Des **mesures d'application réglementaires** seront nécessaires, en particulier pour déterminer les critères et modalités des évaluations de rentabilité. En outre, un décret en Conseil d'État précisera, de manière générale, les « conditions

d'application » de l'article, notamment la nature des données que devront communiquer les professionnels et leurs modalités de communication.

B. SORTIR CERTAINS TARIFS DU CHAMP CONVENTIONNEL

1. Les forfaits techniques d'imagerie médicale

- Le 2° du I modifie l'article **L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale** relatif à la procédure d'établissement des forfaits techniques dans le domaine de l'imagerie médicale.

À l'heure actuelle, ces forfaits sont arrêtés dans le cadre de la négociation conventionnelle, après avis d'une commission des équipements lourds d'imagerie médicale composée de représentants des spécialités concernées, des fédérations hospitalières et de l'assurance maladie, éventuellement après une étude nationale de coûts auprès des exploitants d'imagerie médicale.

Le présent article conserve cette procédure pour l'élaboration de l'avis de la commission susmentionnée, mais il prévoit que la décision finale n'appartiendra plus aux partenaires conventionnels. **Il reviendra désormais à l'Uncam de se prononcer seule sur l'évolution des rémunérations de ces forfaits techniques.**

- En conséquence, le 3° du I supprime le 26° de l'article L. 162-5, lequel inscrit la fixation des tarifs des forfaits techniques dans les négociations conventionnelles.

- Ce faisant, la nouvelle rédaction de l'article L. 162-1-9-1 met en application l'une des recommandations du rapport des inspections générales précité, qui visait à exclure les tarifs des forfaits techniques de la négociation conventionnelle. En revanche, les tarifs des actes d'imagerie continueront à être décidés ainsi, contrairement à ce que préconisait le même rapport, sauf dans le cas où une rentabilité exceptionnelle aura été constatée dans les conditions prévues au I.

2. Les forfaits de radiothérapie libérale

- Le 1° du I rétablit un article **L. 162-1-7-1 dans le code de la sécurité sociale**, après l'article L. 162-1-7 relatif à la liste des actes et prestations ouvrant droit à un remboursement par l'assurance maladie.

Cet article L. 162-1-7-1 édicte des modalités spécifiques pour le financement des activités de traitement du cancer par radiothérapie. Il dispose que ces activités sont prises en charge par l'assurance maladie **sur la base de forfaits** « *déterminés en fonction de la nature de la prise en charge, des techniques utilisées et des caractéristiques des patients* ». L'inscription de ces forfaits sur la liste des actes et prestations ouvrant droit au remboursement, ainsi que leurs tarifs, **sont fixés par arrêté ministériel.**

- Si le principe d'un financement au forfait des activités de radiothérapie hospitalière avait déjà été posé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, la présente disposition prononce son extension au secteur libéral, conformément à la demande des acteurs qui appellent tous à une rénovation et à une convergence des modes de financement de ces actes.

Cependant, la détermination des tarifs de ces forfaits par voie d'arrêté constitue une innovation, laquelle vient déroger au principe de la négociation conventionnelle qui s'applique en principe pour la détermination des tarifs, en vertu du 1° du I de l'article L. 162-14-1.

Il s'agit ici de mettre le Gouvernement en capacité de contourner les réticences qui pourraient se manifester parmi les professionnels du secteur, à l'heure d'établir des tarifs qui se rapprocheraient du coût réel et réduiraient ainsi les marges. Ainsi que le souligne l'annexe 9 au présent projet de loi, *« la fixation des tarifs hospitaliers par arrêté des ministres [...] d'une part, et par voie conventionnelle pour les professionnels de santé libéraux, d'autre part, pourrait porter atteinte à l'ambition de convergence tarifaire au cœur de cette réforme »*.

- En application du **II**, l'entrée en vigueur de l'article L. 162-1-7-1 aura lieu le **1^{er} janvier 2027**. D'après les informations communiquées au rapporteur, ce délai serait nécessaire au passage à la nouvelle tarification dans de bonnes conditions. L'intention du Gouvernement serait de reporter aussi à cette échéance l'entrée en vigueur de la réforme dans les établissements de santé. Cependant, à l'heure actuelle, le présent projet de loi ne prévoit pas de report, si bien que la date limite reste établie au 1^{er} octobre 2025 par l'article L. 162-22-3.

C. OUVRIR LA VOIE À UNE BAISSÉ DES TARIFS DE LA RADIOTHÉRAPIE ET DES DIALYSES EN 2026

Les **II** et **III** étendent aux champs de la radiothérapie et de la néphrologie libérale un type de dispositif déjà appliqué, au cours des années précédentes, à la biologie, l'imagerie médicale et au transport sanitaire. Il s'agissait, dans un contexte de négociations délicates avec les professionnels d'un secteur dans lequel une situation de rente économique est constatée, de donner la possibilité à la Caisse nationale de l'assurance maladie de décider unilatéralement de baisses de tarifs, dès lors que la discussion ne permet pas, à brève échéance, d'atteindre le niveau d'économies attendu.

- Le **II** permet au directeur général de l'Uncam de procéder à ces ajustements tarifaires pour les actes de traitement du cancer par radiothérapie dans les trois semaines suivant la promulgation de la présente loi, pour une économie évaluée à cent millions d'euros. Cette décision sera réputée approuvée sauf opposition motivée des ministres de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de 21 jours à compter de sa transmission.

Ce délai est particulièrement court, probablement eu égard à la nécessité de dégager sans tarder des économies dans un secteur pour lequel la rentabilité et les rémunérations s'avèrent très largement au-dessus de la moyenne.

- Le **III** prévoit l'engagement, dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi, de négociations conventionnelles « *en vue de déterminer les modalités de rémunération des actes des néphrologues libéraux permettant de rapprocher les tarifs de ces actes de ceux* » résultant du nouveau financement au forfait mis en place dans les établissements pour les traitements par dialyse. Ces négociations doivent permettre une économie d'au moins 20 millions d'euros en 2026.

À défaut d'accord à l'expiration d'un délai de deux mois suivant l'ouverture des négociations, le directeur général de l'Uncam pourra procéder aux ajustements tarifaires dans un délai de quinze jours.

*

* *

Article 25

Mieux réguler les dépenses dans le secteur des soins dentaires

Dans le contexte d'un dynamisme relativement important des dépenses de soins dentaires et d'une déformation de la structure de l'offre de soins en faveur de certains types d'actes plus rémunérateurs, le présent article vise à introduire un mécanisme contraignant de régulation des prix dans ce secteur.

Dérogeant au principe de la fixation des tarifs par la négociation conventionnelle, il donne le pouvoir à l'assurance maladie d'enclencher la négociation d'accords de maîtrise des dépenses et de procéder de manière unilatérale à des ajustements tarifaires lorsque la négociation n'a pas abouti en temps voulu. Ce faisant, il étend ainsi au secteur des soins dentaires un mécanisme qui avait été instauré en loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 dans les secteurs de l'imagerie et de la biologie médicales.

Destiné à contribuer à la maîtrise des dépenses au sein de l'enveloppe des soins de ville, ce dispositif ne vise aucune économie spécifique en 2026.

I. LE DROIT EXISTANT

A. UN BESOIN DE RÉGULATION DU SECTEUR DENTAIRE FACE À UNE DYNAMIQUE DE DÉPENSES CENTRÉE SUR CERTAINS TYPES D'ACTES

1. Une augmentation rapide des dépenses de soins dentaires avec la mise en place du 100 % Santé

- En 2024, les dépenses de soins dentaires remboursées par l'assurance maladie obligatoire se sont élevées à 4,7 milliards d'euros ⁽¹⁾ sur une dépense totale estimée à 13,2 milliards d'euros. Les organismes de protection complémentaire sont

(1) Les dépenses de santé en 2024 – fiche n°9 : les soins dentaires, Drees, édition 2025.

ainsi les premiers financeurs de ces soins, à hauteur de 48,5 % de la dépense, contre 36,1 % pour la sécurité sociale.

RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SOINS DENTAIRES EN CABINET LIBÉRAL PAR TYPE DE FINANCEUR

	Soins dentaires		Soins dentaires hors prothèses dentaires		Prothèses dentaires	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	4 748	36,0	3 732	48,6	1 016	18,4
État	14	0,1	12	0,2	1	0,0
Organismes complémentaires	6 403	48,5	2 565	33,4	3 838	69,5
Ménages	2 040	15,5	1 377	17,9	663	12,0
Ensemble	13 205	100,0	7 686	100,0	5 518	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

• Sur la période 2019-2024, les dépenses remboursées ont augmenté de 5,6 % par an, contre 2,7 % par an entre 2015 et 2019. Cette accélération de la croissance des dépenses a été principalement portée par les soins prothétiques, dans le contexte de la réforme du 100 % Santé (cf. *infra*). Cependant, on observe une légère inflexion de cette dynamique en 2024, avec une croissance globale des dépenses limitée à 2,6 % du fait, notamment, d’un ralentissement des dépenses de prothèses (+ 0,3 %).

ÉVOLUTION DES DÉPENSES COURANTES DE SOINS DENTAIRES

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Soins en cabinet libéral (en millions d'euros)	10 682	10 617	12 236	12 477	12 908	13 205
Honoraires	10 457	10 131	11 986	12 180	12 615	12 914
Contrats et assimilés ¹	1	273	36	42	49	26
Prise en charge des cotisations	224	214	213	254	244	264
Évolution (en %)	-0,5	-4,8	15,2	2,0	3,5	2,3
dont volume (en %)	-1,2	-10,0	14,4	0,8	2,6	0,9
dont prix (en %)	0,7	5,8	0,8	1,2	0,8	1,4
Soins en centre de santé (en millions d'euros)	961	1 599	1 979	2 156	2 380	2 475
Soins en ville (en millions d'euros)	11 644	12 215	14 215	14 633	15 288	15 679

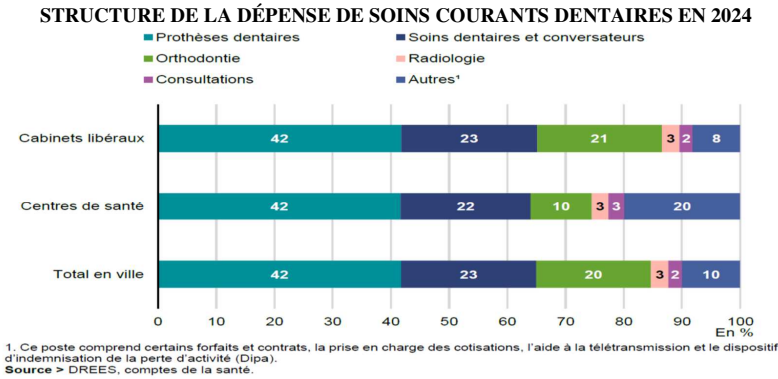
1. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (Dipa).

Lecture > En 2024, la consommation de soins dentaires en cabinet libéral s'élève à 13,2 milliards d'euros, dont 12,9 milliards d'euros d'honoraires. Elle progresse de 2,3 % en valeur.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la CNAM pour les indices des prix.

• Les soins prothétiques⁽¹⁾ (par exemple, couronnes, bridges, implants) constituent aujourd’hui la part prépondérante des dépenses dentaires (cf. graphique), devant les soins conservateurs (par exemple, détartrage, traitement des caries) et l’orthodontie. Ces soins prothétiques ont été solvabilisés pour une grande partie de la population avec la mise en place du 100 % Santé à compter du 1^{er} janvier 2021. Cette réforme permet aux assurés disposant d’un contrat complémentaire santé responsable d’accéder à certaines prothèses dentaires comprises dans un panier de soins sans reste à charge.

(1) Traitements à visée restauratrice qui permettent de reconstituer tout ou partie d’une dent délabrée grâce à des prothèses.



2. Un effort de rééquilibrage des soins dentaires en faveur de la prévention

Cette croissance importante des dépenses de soins prothétiques a fait craindre des mésusages, alors que plusieurs scandales, souvent liés à des « néo » centres de santé dentaires, mais parfois aussi à des cabinets libéraux, donnaient corps à la crainte d'une dérive lucrative de certains acteurs. Au-delà, l'annexe 9 au présent projet de loi souligne une « *tendance au développement des activités exclusives (implantologie, parodontologie, orthopédie dento-faciale) avec un risque de favoriser les spécialités liées à des actes à forte valeur ajoutée au détriment d'actes considérés comme peu rémunérateurs, tels que l'odontologie pédiatrique* ».

C'est dans ce contexte qu'un virage préventif est apparu souhaitable dans le domaine des soins dentaires. Il s'est traduit dans la signature, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) et les syndicats représentatifs de chirurgiens-dentistes libéraux, le 21 juillet 2023, d'une nouvelle convention dentaire.

Celle-ci prévoit l'annualisation des examens de prévention bucco-dentaire pour les jeunes de 3 à 24 ans, mais aussi une forte revalorisation des consultations dentaires réalisées auprès des jeunes, ainsi que des soins conservateurs (à hauteur de + 30 %). Pour financer ces mesures, le ticket modérateur a été porté de 30 à 40 % sur les consultations dentaires à compter du 15 octobre 2023, induisant un transfert de charges vers les organismes complémentaires. L'annualisation des examens bucco-dentaires a, par ailleurs, été actée par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 ⁽¹⁾.

Dans le même temps, une régulation des centres de soins dentaires a été mise en œuvre, avec la mise en place d'un agrément préalable obligatoire ⁽²⁾ – un combat que le rapporteur avait porté – et la généralisation des procédures de

(1) Article 63 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(2) Loi n° 2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé.

déconventionnement des centres dont les pratiques apparaissent peu éthiques, voire frauduleuses.

B. LA MISE EN PLACE DE MÉCANISMES DE RÉGULATION DES DÉPENSES DANS CERTAINS SECTEURS DES SOINS DE VILLE

1. Certains secteurs ont été prioritairement visés par la mise en place d'une régulation contraignante

Dans un contexte où les dépenses de soins de ville apparaissent difficilement pilotables et systématiquement en dépassement de l'objectif voté en loi de financement initiale, l'assurance maladie cherche, depuis plusieurs années, à bénéficier de nouveaux leviers de régulation. En effet, le principe de la détermination des tarifs par la négociation conventionnelle, posé aux articles L. 162-5 (pour les médecins), L. 162-9 (pour les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux) ou encore L. 162-14 (pour les biologistes) apparaît difficilement compatible avec l'impératif d'une régulation infra-annuelle des dépenses, pour des raisons de délais et parce que le résultat de ces négociations est intrinsèquement aléatoire.

Les efforts de régulation ont prioritairement porté sur les secteurs pour lesquels les dépenses apparaissaient les plus massives et dynamiques, en particulier la biologie médicale (4,2 milliards d'euros de dépenses remboursées en 2024), l'imagerie médicale (5,9 milliards d'euros en 2023) et les transports sanitaires (6,3 milliards d'euros en 2023).

Si une régulation prix-volume contraignante avait été mise place dès 2014 dans le secteur de la biologie médicale, permettant de contenir l'évolution des dépenses remboursées à 1,1 % par an en moyenne entre 2013 et 2024, cette régulation a été suspendue avec la crise sanitaire. Les laboratoires ont alors été des acteurs essentiels de la lutte contre le covid-19 en absorbant une très forte activité de dépistage qui leur a permis d'engranger des bénéfices considérables. Depuis, les négociations avec les biologistes pour parvenir à des baisses de tarifs s'avéraient complexes.

La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) cherchait par ailleurs, depuis plusieurs années, à accroître ses leviers de régulation sur le secteur de l'imagerie médicale, caractérisé par un accroissement très rapide des dépenses, porté à la fois par une augmentation du taux de recours et par une augmentation de la dépense par rencontre. Cette hausse serait principalement imputable aux examens d'imagerie en coupe et, en particulier, aux forfaits techniques censés rémunérer l'acquisition et la maintenance des équipements. Les négociations avec les professionnels du secteur pour parvenir à un niveau d'économies substantiel tendaient, là encore, à s'enliser.

S'agissant des transports sanitaires, l'assurance maladie avait alerté dès l'été 2024 sur la croissance rapide de ces dépenses, à hauteur de 4,4 % par an entre 2016

et 2023, mettant en évidence des niveaux de rentabilité différenciés mais parfois élevés, en fonction des acteurs. Elle avait également appelé à une meilleure régulation de ce secteur ⁽¹⁾.

2. L'article 41 de la LFSS 2025

● Dans ce contexte, l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 ⁽²⁾ a prévu un mécanisme contraignant de régulation des dépenses, ayant vocation à se substituer à la négociation conventionnelle dans les cas où elle n'aboutit pas en temps voulu.

Il prévoit donc, au sein d'un nouvel article **L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale**, que des « accords de pertinence et de maîtrise des dépenses » soient conclus avec les représentants des biologistes médicaux, des radiologues et des transporteurs sanitaires, de façon à prévoir une trajectoire de maîtrise des dépenses, des engagements pour en assurer le respect et des mesures correctrices lorsque la cible n'est pas atteinte. L'initiative de l'ouverture des négociations visant à conclure de tels accords revient à l'Uncam. En cas de non-respect de l'objectif de maîtrise des dépenses, le directeur général de l'Uncam est habilité à procéder à des baisses unilatérales de tarifs.

Par ailleurs, un nouvel article **L. 162-12-19** prévoit une procédure accélérée pouvant être activée lorsqu'il s'agit de « concourir au respect de l'Ondam » : dans cette situation, le ministre chargé de la sécurité sociale peut demander aux partenaires conventionnels de conclure un accord de maîtrise des dépenses dans un délai de quatre mois. À défaut, il peut adopter des baisses de tarifs par arrêté.

Ces articles ne nécessitant pas l'adoption de mesures réglementaires, ils sont entrés en application avec la promulgation de la loi de financement pour 2025.

● Par ailleurs, le même article 41 a donné aux partenaires conventionnels jusqu'au 30 septembre 2025 pour conclure des accords de maîtrise des dépenses conformément à l'article L. 162-12-18 précité dans les champs de l'imagerie médicale et des transports sanitaires, permettant chacun des économies à hauteur de 300 millions d'euros sur la période 2025-2027. À défaut, le directeur de l'Uncam était habilité, jusqu'au 31 octobre 2025, à procéder à des baisses de tarifs permettant d'atteindre ce montant d'économies.

Si un accord a finalement pu être adopté *in extremis* ⁽³⁾ avec les transporteurs sanitaires, la négociation a achoppé avec les radiologues, dans un contexte de fortes tensions, ces derniers annonçant un ensemble de mesures de protestation contre les ajustements tarifaires prévus par la Cnam à compter du 1^{er} octobre.

(1) Rapport sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2025, Cnam, juillet 2024.

(2) Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(3) Arrêté du 29 septembre 2025 portant approbation du protocole d'accord sur la maîtrise des dépenses de transports sur le champ du transport sanitaire.

II. LE DROIT PROPOSÉ

Le présent article étend aux soins dentaires le champ d'application de l'article L. 162-12-18 précité et, ainsi, de l'article L. 162-12-19, qui s'y réfère.

Il sera donc loisible aux ministres et à l'assurance maladie de déclencher des négociations visant à conclure un accord de maîtrise des dépenses contraignant également dans ce secteur, dans le but de parvenir à des baisses de tarifs. Cette procédure dérogera au principe de l'établissement des tarifs dans le cadre de la négociation conventionnelle entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, posé à l'article L. 162-9.

Il convient néanmoins de noter que le présent article n'impose pas la conclusion d'un tel accord en 2026. Par ailleurs, l'annexe 9 au présent projet de loi ne prévoit pas d'économies à ce titre au cours de l'année à venir. Enfin, lors de son audition par le rapporteur général, le directeur général de la Cnam, M. Thomas Fatôme, a indiqué se satisfaire à ce stade des termes de la convention conclue avec les chirurgiens-dentistes en 2023 (*cf. supra*). Il semble donc que le présent article soit conçu plutôt comme un outil préventif que comme un moyen de répondre à un besoin urgent de régulation dans ce secteur.

*

* *

Article 26

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

Le présent article vise à généraliser une surcotation majorée sur les dépassements d'honoraires et les actes hors convention réalisés par les professionnels de santé conventionnés, en premier lieu les médecins exerçant en secteur 2.

Dans un contexte où de plus en plus de médecins s'installent en secteur 2, et pratiquent des dépassements d'honoraires de plus en plus importants, il s'agit d'accroître les incitations à pratiquer des actes remboursés au tarif opposable, dans le but d'améliorer l'accès aux soins de la population.

I. LE DROIT EXISTANT

Le conventionnement des professionnels de santé désigne leur adhésion à la convention conclue entre l'assurance maladie et les organisations représentatives de ces professionnels. S'agissant des médecins, le principe de ce conventionnement est prévu à l'article L. 162-5 du **code de la sécurité sociale**. Plusieurs modalités de conventionnement ont été définies dans le cadre de la convention médicale, ouvrant droit à différents types d'aides et d'avantages censés rendre ce conventionnement incitatif. Cependant, l'augmentation relative des dépassements d'honoraires et de

l'activité non conventionnée semblent mettre en doute le juste calibrage de ces incitations.

A. DIFFÉRENTES MODALITÉS DE CONVENTIONNEMENT, ASSORTIES DE LEURS AVANTAGES

1. La convention médicale définit différents secteurs d'activité

● *Le secteur 1*

Le secteur 1, ou « secteur à honoraires opposables », rassemble les médecins s'engageant à pratiquer les tarifs opposables de la sécurité sociale pour leurs actes et consultations. Ils ne pratiquent pas de dépassement d'honoraire, sauf cas exceptionnels (dépassement pour exigence particulière du patient non liée à un motif médical, dépassement plafonné autorisé pour les soins coordonnés).

En contrepartie, le médecin exerçant en secteur 1 :

- bénéficie d'une prise en charge partielle de ses cotisations sociales en fonction de son niveau de revenu ;

- est éligible à des aides spécifiques : aide à l'installation, aide à l'embauche d'un assistant médical...

- est éligible à de nombreux forfaits de rémunération de l'assurance maladie.

● *Le secteur 2*

Le secteur 2, ou « secteur à honoraires différents », est apparu avec la convention médicale de 1980, pour répondre aux revendications de revalorisation tarifaire des médecins, lesquelles se heurtaient aux difficultés financières de l'assurance maladie.

Ne peuvent être autorisés à exercer en secteur 2 que les médecins qui s'installent pour la première fois en libéral et sont titulaires de certains titres hospitaliers – ou d'un cursus professionnel pouvant faire l'objet d'une procédure d'équivalence. En pratique, comme le souligne un récent rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) ⁽¹⁾, ces conditions ne sont plus réellement restrictives aujourd'hui, dans la mesure où la grande majorité des médecins spécialistes possède l'un des titres requis.

Les médecins conventionnés en secteur 2 peuvent **fixer librement le tarif** de leurs consultations, en respectant le tact et la mesure imposés par le code de la déontologie médicale. Les patients sont remboursés par l'assurance maladie sur la base d'un tarif moins élevé qu'en secteur 1, et ne sont pas remboursés du montant du dépassement.

(1) « Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux », Hcaam, octobre 2025.

Les médecins en secteur 2 sont néanmoins tenus de pratiquer des actes au tarif opposable dans certaines situations prévues par les textes (par exemple, pour un bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire) ainsi que dans les situations d'urgence médicale.

- *Le secteur 2 avec option tarifaire maîtrisée*

La convention médicale de 2016 a mis en place une option tarifaire conventionnelle autorisant les médecins de secteur 2 à s'inscrire dans un dispositif de dépassements maîtrisés (Optam) ⁽¹⁾ ou, pour les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique, et, depuis la convention de 2024, une spécialité d'anesthésie-réanimation, dans un dispositif baptisé initialement Optam-CO et désormais Optam-ACO ⁽²⁾. Ils s'engagent alors à ne pas augmenter leur taux de dépassement d'honoraires moyen et à ne pas diminuer le pourcentage de leur activité effectuée au tarif opposable.

En contrepartie, l'adhésion à l'Optam permet aux médecins d'obtenir des avantages qui ont été étendus d'année en année et se rapprochent aujourd'hui de ceux prévus pour les médecins exerçant en secteur 1, ainsi que le souligne le rapport précité du Hcaam. Ils bénéficient ainsi :

- d'un alignement des tarifs de remboursement de la sécurité sociale sur ceux du secteur 1 ;

- d'une prime d'un montant équivalent à la prise en charge des cotisations sociales réservée aux médecins en secteur 1, uniquement sur l'assiette de l'activité réalisée au tarif opposable ;

- d'un dispositif de partage des gains leur permettant d'accroître leurs honoraires à hauteur de la moitié des augmentations tarifaires mises en œuvre par l'assurance maladie ;

- ainsi que de l'accès à diverses majorations, forfaits et aides de l'assurance maladie, notamment pour l'embauche d'un assistant médical.

- *Le secteur 3*

Les médecins dits « de secteur 3 » exercent en dehors du champ conventionnel. Ils ne bénéficient donc pas des avantages susmentionnés, mais peuvent fixer librement leurs tarifs, avec discernement et dans le respect de la déontologie médicale. En vertu de l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale, les patients sont alors remboursés sur la base d'un tarif dit d'autorité fixé par arrêté ministériel (61 centimes d'euros pour une consultation de médecin générale).

(1) Pour « option tarifaire maîtrisée ».

(2) Pour « option tarifaire maîtrisée – chirurgie-obstétrique » et « option tarifaire maîtrisée – anesthésie-chirurgie-obstétrique ».

2. Le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

- Les médecins conventionnés (secteurs 1 et 2) sont automatiquement affiliés au régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), actuellement défini au chapitre VI du titre IV du livre VI de la partie législative du code de la sécurité sociale (**articles L. 646-1 à L. 646-4**). Ce régime est également ouvert aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et étudiants en médecine de troisième cycle effectuant des remplacements professionnels conventionnés.

Il ouvre droit, en contrepartie des cotisations à l'Urssaf ⁽¹⁾, au remboursement des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, mais également à un capital décès et à diverses indemnités ou allocations spécifiques en cas de congé maternité, paternité, d'adoption, etc.

En vertu de l'**article L. 646-2**, les médecins en secteur 2 peuvent cependant demander à ne pas être affiliés au régime des PAMC ; ils cotisent alors au régime des travailleurs indépendants.

- L'**article L. 646-3** prévoit que les médecins affiliés au régime des PAMC sont redevables d'une contribution supplémentaire de 3,25 % assise sur les dépassements d'honoraires pratiqués ainsi que sur les activités facturées en dehors du champ conventionnel, à l'exception de celles pratiquées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins ou des honoraires tirés de leur participation à la permanence des soins.

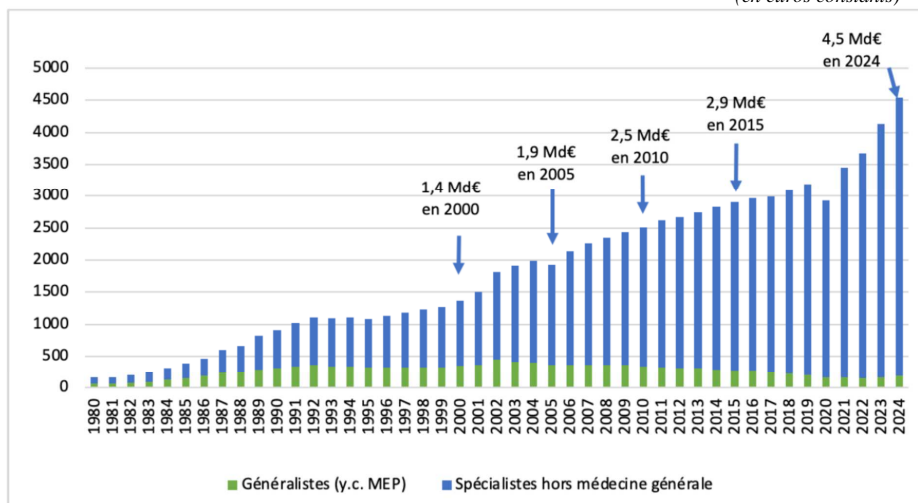
B. UNE TENDANCE À L'AUGMENTATION DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES ET DE L'ACTIVITÉ NON CONVENTIONNÉE

Le rapport susmentionné du Hcaam met en évidence une augmentation continue des dépassements d'honoraires facturés par les médecins, avec une accélération sur la période récente. Le montant total des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes a ainsi atteint 4,3 milliards d'euros en 2024, en augmentation de 5 % par an en valeur réelle, hors inflation.

(1) Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

ÉVOLUTION DU MONTANT TOTAL DES DÉPASSEMENTS ENTRE 1980 ET 2024

(en euros constants)



Sources : 1979 à 1999 : Ecosanté, France métropolitaine. 2000 à 2024 : Cnam, France entière

* MEP = mode d'exercice particulier

Source : « Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux », Hcaam, octobre 2025.

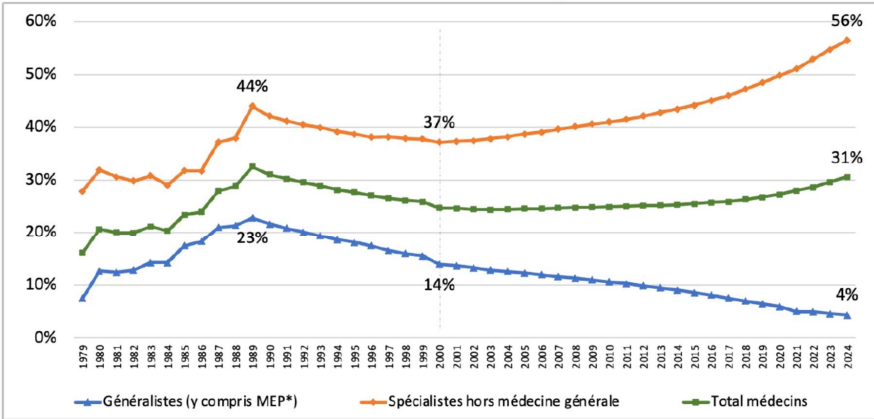
Cette dynamique résulte à la fois :

– d’une hausse de la proportion de spécialistes en secteur 2 : 56 % en 2024, contre 37 % en 2000. À l’heure actuelle, les trois quarts des jeunes spécialistes s’installent en secteur 2, contre les deux tiers en 2017 ;

– mais aussi, depuis 2020, de la hausse des taux de dépassement et de la baisse de la part d’activité à tarifs opposables des professionnels en secteur 2, ce qui représente une évolution contraire à celle de la décennie 2010, où les taux de dépassement avaient baissé et la part d’activité à tarifs opposables progressé.

Le Hcaam estime que « ces facteurs devraient conduire à ce que la dynamique des montants de dépassements se poursuive dans les années à venir ».

ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE MÉDECINS LIBÉRAUX EXERÇANT EN SECTEUR 2



Source : Eco-santé de 1979 à 1999 (France métropolitaine), Cnam de 2000 à 2024 (périmètre France entière)

* MEP = mode d'exercice particulier

Source : Idem.

Le rapport met également en évidence la perte d'attractivité de l'exercice en secteur 1 par rapport au secteur 2 et, notamment, au secteur 2 avec option tarifaire maîtrisée, laquelle permet d'accéder à plusieurs avantages initialement réservés au secteur 1 tout en maintenant des dépassements d'honoraires. Le tableau ci-après montre que cette perte d'attractivité du secteur 1 varie selon les spécialités considérées.

Enfin, l'annexe 9 au présent projet de loi souligne la tendance croissante de certains médecins spécialistes à s'orienter vers des pratiques non conventionnées. Ce phénomène est massif par exemple chez les dermatologues, qui s'orientent de plus en plus vers les soins esthétiques, avec des conséquences très préjudiciables en termes d'accès aux soins dermatologiques pour les patients.

DÉCOMPOSITION DE L'ÉCART DE REVENU LIBÉRAL MOYEN ENTRE SECTEUR 2 ET SECTEUR 1

Spécialité	Ecart relatif de revenu libéral moyen entre S2 et S1	Décomposition de l'écart entre les composantes liées à...			
		Ecart des volumes d'activité	Ecart des tarifs opposables moyens	Ecart de taux de charges	Dépassements
Ophthalmologues	42%	6%	7%	-20%	49%
Gynécologues	41%	-7%	12%	-14%	50%
Chirurgiens	37%	31%	-24%	-19%	49%
Anesthésistes-réanimateurs	17%	11%	-10%	-23%	39%
Radiothérapeutes	16%	8%	13%	-11%	6%
Dermatologues	14%	-6%	-2%	-18%	40%
ORL	11%	-12%	-1%	-10%	33%
Pédiatres	7%	-8%	-1%	-17%	34%
Gastro-entérologues	2%	-3%	0%	-21%	25%
Rhumatologues	-1%	-13%	-4%	-14%	30%
Cardiologues	-2%	-7%	5%	-15%	15%
Psychiatres et neuropsychiatres	-4%	-28%	2%	-14%	37%
Radiologues	-5%	2%	-2%	-30%	25%
Médecins nucléaires	-15%	17%	0%	-36%	4%
Anatomo-cyto-pathologistes	-16%	15%	-7%	-30%	6%
Pneumologues	-21%	-23%	2%	-14%	14%

Sources : Insee-DGFiP-CNAM 2021, exploitation IRDES.

Champ : France métropolitaine et DROM, médecins conventionnés, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2021, ayant déclaré au moins 1 euro d'honoraires et pratiqué au moins un acte en 2021, hors remplacements. Les revenus ne sont calculés que pour les professionnels identifiés dans les fichiers fiscaux et ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral ; les effectifs tiennent compte des professionnels non appariés avec les données fiscales.

Lecture : En 2021, les dépassements d'honoraires des ophtalmologistes de secteur 2 ont majoré en moyenne et toutes choses égales par ailleurs leur revenu libéral de 49 % par rapport à celui de leurs confrères de secteur 1, leurs charges plus élevées les ont minorés en moyenne de 20 %, leurs volumes d'activité (mesurés par le nombre d'actes) légèrement plus élevés, les ont majorés de 6 %, leur tarifs opposables légèrement plus élevés (du fait d'une activité davantage orientée vers des actes plus cotés) les ont majorés de 7 % toutes choses égales par ailleurs. Finalement, sous l'addition de ces différents effets, en 2021 le revenu libéral des ophtalmologistes libéraux de secteur 2 a été en moyenne 42 % plus élevés que celui des ophtalmologistes de secteur 1.

Source : Idem.

II. LE DROIT PROPOSÉ

Le présent article vise à réduire l'incitation des médecins libéraux à pratiquer des dépassements d'honoraires et à réaliser des actes hors convention. Il utilise pour cela le levier d'une sur-cotisation, raison pour laquelle il aurait probablement plus naturellement trouvé sa place en seconde partie du présent projet de loi.

• Pour ce faire, les **1^o, 2^o et 3^o du I** généralisent les dispositions actuellement applicables aux seuls adhérents au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) à l'ensemble des professionnels de santé conventionnés.

L'effet principal de cette généralisation est la suppression, par le **3^o**, du droit d'option qui était ouvert aux médecins de secteur 2 préférant cotiser au régime des

travailleurs indépendants plutôt qu'au régime des PAMC. Cette suppression se traduit par **l'abrogation de l'article L. 646-2** du code de la sécurité sociale, lequel définit ce droit d'option.

Désormais, le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés devient le droit commun de la protection maladie pour l'ensemble des professionnels de santé conventionnés. Le **1° et le 2°** modifient en conséquence l'intitulé du chapitre VI du titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale et l'article L. 646-1, lequel traite désormais des « dispositions applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés ».

- En conséquence, la contribution supplémentaire prévue à **l'article L. 646-3** susmentionné pour les seuls adhérents au régime des PAMC a désormais vocation à s'appliquer à l'ensemble des médecins conventionnés pratiquant des dépassements d'honoraires, donc à l'ensemble des médecins exerçant en secteur 2.

Le **5° du I** modifie cette contribution qui devient une « cotisation ». Par ailleurs, la référence au taux de 3,25 % est supprimée, la détermination du taux étant renvoyée à un décret. L'annexe 9 au présent projet de loi indique l'intention du Gouvernement d'augmenter ce taux de cotisation, par exemple à 4 %.

L'assiette de la cotisation demeure à peu près similaire à celle de la contribution préexistante ; elle inclura :

- les dépassements d'honoraires facturés par les professionnels de santé conventionnés. La référence à l'article L. 861-3 est cependant ajoutée, ce qui permet d'inclure également les dépassements facturés « pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement » ;

- les actes facturés par ces professionnels de santé hors convention. Une nouvelle exception est cependant prévue pour les « forfaits et suppléments versés au titre des soins de médecine d'urgence » dans les établissements de santé.

- Le **6° et le 7° du I** procèdent à des renumérotations et à des coordinations juridiques.

- L'annexe 9 estime que cette nouvelle cotisation pourrait permettre, avec un taux fixé à 4 %, de générer un gain net de 200 millions d'euros pour les finances publiques, « *une fois pris en compte les effets retour sur l'impôt sur le revenu* » des professionnels.

Toutefois, l'annexe apporte peu d'informations sur les modalités précises de mise en place de cette cotisation. Si le **II** prévoit une entrée en vigueur dès le 1^{er} janvier 2026, il n'est pas certain que les services ministériels et ceux de l'assurance maladie seront en capacité de l'appliquer à si brève échéance, dans la mesure où l'annexe souligne que l'acquittement de cette nouvelle contribution

nécessitera au préalable « d'identifier les secteurs 2 non PAMC qui déclarent actuellement selon un autre circuit de recouvrement ».

Par ailleurs, il est notable que le dispositif porté par le présent article ne prévoit pas de régime particulier pour les professionnels en secteur 2 qui ont adhéré à l'Optam. Leurs dépassements seront soumis au même régime que ceux de leurs confrères qui n'y adhèrent pas. En outre, comme le souligne d'ailleurs l'annexe 9, le dispositif taxe les honoraires perçus par les praticiens conventionnés pour les actes réalisés hors convention mais n'affecte pas ceux des praticiens qui exercent entièrement en dehors du champ conventionnel, ce qui peut sembler inéquitable, et pourrait créer une incitation paradoxale au déconventionnement.

*
* *

Article 27

Renforcer l'incitation des établissements de santé à l'efficience, la pertinence et la qualité des soins

Le présent article vise à refondre le dispositif de financement à la qualité et à la pertinence des établissements de santé.

Il prévoit la généralisation d'un dispositif d'intéressement à la pertinence pour l'ensemble des établissements, y compris les hôpitaux d'instruction des armées, en lieu et place du dispositif Cages actuellement limité aux établissements dont les pratiques médicales présentent un écart important à la moyenne.

En revanche, un dispositif de mise sous surveillance serait maintenu pour ces établissements, assorti de cibles à atteindre pour réduire les écarts constatés, et sanctionné, *in fine*, par l'application d'une pénalité financière.

Enfin, le dispositif d'incitation financière à la qualité (Ifaq) serait maintenu mais réformé et simplifié, selon des modalités dont la définition est renvoyée au niveau réglementaire.

Au total, cette refonte doit permettre d'améliorer la qualité des prises en charge et de réaliser les économies en améliorant la pertinence des soins. Le dispositif d'intéressement est susceptible de fournir des ressources complémentaires aux établissements, dans des proportions qui restent à déterminer.

I. LE DROIT EXISTANT

La qualité et la sécurité des soins est un axe qui se trouve de plus en plus valorisé dans les réformes du financement qui concernent les établissements de santé, sur le périmètre de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) comme dans les autres champs de l'activité hospitalière (psychiatrie, urgences, hôpitaux de proximité...). Dans un rapport publié en novembre 2022 ⁽¹⁾, la Haute Autorité de

(1) *Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé*, HAS, novembre 2022.

santé (HAS) a identifié quatre grands déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé (cf. tableau).

Cette approche englobante de la qualité des soins est aussi celle qu’appelait de ses vœux l’Inspection générale des affaires sociales (Igas) en 2024, dans le cadre d’un rapport destiné à préfigurer une refonte des dispositifs de financement à la qualité des établissements de santé ⁽¹⁾. Les dispositifs actuels, souvent caractérisés par leur éparpillement et leur complexité, apparaissent en effet peu incitatifs à la mise en œuvre d’une véritable politique de santé dans les établissements.

Les principaux déterminants identifiés dans la littérature classés par famille

Famille	Déterminants principaux
Les ressources matérielles	L'architecture et la conception des établissements Les plateaux techniques et les équipements Les systèmes d'information
Les ressources humaines	La compétence des professionnels Les effectifs et la charge de travail La continuité et la permanence des soins, la stabilité des équipes Les volumes d'activité
L'organisation des équipes de soins	Les facteurs de gouvernance et de culture Le travail en équipe La mise en œuvre des bonnes pratiques La pertinence des soins L'approche centrée sur le patient et l'engagement des usagers L'évaluation et les démarches d'amélioration La gestion des risques La qualité de vie au travail
La coopération des équipes de soins	La coopération au sein de l'établissement La coopération et la gradation de l'offre au sein du territoire L'organisation et l'optimisation des parcours de soins

Source : Haute Autorité de santé.

A. LE DISPOSITIF IFAQ EST UN LEVIER CRITIQUÉ POUR L’AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Le principal levier du financement à la qualité en établissement est actuellement le **dispositif d’incitation financière à la qualité** (Ifaq), introduit à titre expérimental en 2012, puis généralisé en 2016 ⁽²⁾ à tous les établissements du champ MCO, y compris l’hospitalisation à domicile. Ce dispositif a ensuite été étendu aux

(1) *Financement de la qualité des soins dans les établissements de santé : un levier pour redonner du sens aux soignants*, Igas, février 2024.
(2) Article 51 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

établissements de soins médicaux et de réadaptation (2017)⁽¹⁾, puis à la psychiatrie (2022).

Dans le cadre du programme Ma santé 2022, a été décidée une montée en charge de l'enveloppe consacrée à l'Ifaq, dans l'idée d'en faire un compartiment à part entière dans le financement des établissements de santé. L'enveloppe Ifaq est alors passée de 50 millions d'euros en 2018 à 700 millions d'euros en 2022, avec une perspective cible à 1 milliard d'euros. Cependant, en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, la dotation Ifaq a été reconduite à hauteur de 700 millions d'euros, sur une enveloppe globale de 119,6 milliards d'euros pour le sous-objectif établissements de santé de l'Ondam⁽²⁾ en 2025. Financé par un prélèvement sur la dotation de financement à l'activité, le dispositif a ainsi été transformé de manière à bénéficier à la quasi-totalité des établissements.

Le dispositif Ifaq est prévu à l'article **L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale**, qui dispose que les établissements « bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins ». Les catégories d'indicateurs et modalités de détermination de la dotation doivent être définies par décret, tandis qu'un arrêté ministériel précise la liste des indicateurs et les modalités de leur recueil.

Les catégories d'indicateurs définies en 2019 sont les suivantes :

- qualité des prises en charge perçue par les patients ;
- qualité des prises en charge cliniques ;
- qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins ;
- qualité de la coordination des prises en charge ;
- performance de l'organisation des soins ;
- qualité de vie au travail ;
- démarche de certification ;
- mise en œuvre de mesures de prévention.

Concrètement, la dotation Ifaq de chaque établissement est déterminée en fonction d'un score global calculé sur la base des résultats obtenus par les établissements à aux indicateurs correspondant à ces catégories. Elle dépend à la fois de l'enveloppe attribuée au groupe de comparaison dans lequel a été placé l'établissement selon sa taille et son activité, de son volume économique, de son score de rémunération et de la pondération de chaque indicateur et du rapport entre la somme des scores obtenus pour les indicateurs pour lesquels il est rémunéré et le nombre d'indicateurs pour lesquels il est soumis à une obligation de recueil.

(1) Article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

(2) Objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Cette modalité de calcul induit une complexité qui, comme le souligne l'Igas dans son rapport précité, « *ne permet pas aux établissements d'anticiper le résultat de leurs efforts sur la dotation, ni de comprendre aisément les déterminants de l'évolution de la dotation une fois celle-ci connue* ». Cette complexité rend également le dispositif peu pilotable, dans la mesure où il est difficile d'anticiper les effets redistributifs qu'engendrera la modification d'un paramètre.

Au-delà, le choix des indicateurs – pour partie lié aux contraintes du recueil – semble insuffisamment pertinent : « *Fondé principalement sur des indicateurs de processus calculés au niveau des établissements, il parle peu aux équipes soignantes dans les unités et les services* ».

Enfin, l'Ifaq ne centralise pas l'ensemble des leviers destinés à soutenir la démarche qualité des établissements de santé. Ainsi, plusieurs autres dispositifs ont été juxtaposés (dotation qualité pour les urgences, pour les hôpitaux de proximité, contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins – *cf. infra*), si bien que la politique d'amélioration de la qualité des soins en établissement manque aujourd'hui de clarté.

B. LE DISPOSITIF CAQES APPARAÎT PEU PROBANT POUR AMÉLIORER LES PRATIQUES DES ÉTABLISSEMENTS S'ÉCARTANT DE LA NORME

- Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Cages) sont des dispositifs de contractualisation initialement mis en place en 2010 ⁽¹⁾ pour contrôler l'évolution des prescriptions hospitalières de médicaments en ville. D'abord restreinte aux seuls cas où la trajectoire d'un établissement devait de celle arrêtée par l'État, la contractualisation a été, en 2017, ouverte à l'ensemble des établissements de santé, et son contenu élargi à l'amélioration de la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions.

De nouvelles modifications sont intervenues entre 2017 et 2019, visant cette fois à resserrer le dispositif sur certains établissements ciblés par l'agence régionale de santé (ARS), et à le recentrer sur les enjeux de pertinence.

- Dans sa mouture actuelle, votée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ⁽²⁾ et définie à l'article **L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale**, le Cages est ainsi conclu entre les établissements ciblés par l'ARS, le directeur général de l'ARS et le directeur de la caisse locale d'assurance maladie, pour une durée maximale de cinq ans. Les établissements qui refusent de conclure ce contrat sont passibles d'une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus par l'assurance maladie au cours du dernier exercice clos.

Les établissements sont ciblés par rapport à « des référentiels de pertinence ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie, pour certains

(1) Article 47 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

(2) Article 64 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé », et en fonction d'un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins arrêté par l'ARS, qui définit les domaines d'action prioritaires dans la région (**article L. 162-30-3**).

Le Cages conclu avec chaque établissement comporte des objectifs à atteindre et en précise les modalités d'évaluation. L'article **L. 162-30-4** précise ces objectifs sont évalués annuellement par l'ARS, qui « alloue, en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation des objectifs fixés au contrat, un intéressement à l'établissement sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional ». En réalité, le rapport précité de l'Igas précise que *« deux types d'intéressement sont prévus pour les établissements de santé : celui sur les indicateurs nationaux se traduit par un recouvrement par les établissements de 20 % à 30 % des économies générées ; celui sur les indicateurs régionaux est déterminé à partir d'une enveloppe du fonds d'investissement régional »*.

À l'inverse, si, à l'issue d'une période de deux ans, « l'établissement présente toujours un nombre d'actes, prescriptions ou prestations largement supérieur au nombre attendu », l'ARS est fondée à minorer les recettes d'assurance maladie de l'établissement de santé au titre des actes, prestations et produits de santé pour lesquels les cibles ne sont pas atteintes. Il s'agit du volet de mise sous surveillance.

● Ce dispositif de Cages rénové est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022. En 2023, il aurait permis de générer, pour les 1 104 établissements ciblés, des économies à hauteur de 45,2 millions d'euros sur l'ensemble des indicateurs nationaux ⁽¹⁾, partiellement reversées aux établissements de santé. En revanche, le volet de mise sous surveillance n'a jamais été activé, même lorsque les résultats n'étaient pas atteints.

L'annexe 9 au présent projet de loi souligne que ce dispositif est critiqué *« tant pour sa lourdeur administrative que pour l'effet modeste qu'il peut avoir sur la régulation du secteur »*. Dans son dernier rapport « Charges et produits » ⁽²⁾, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) estime que la faiblesse du montant de l'intéressement (en moyenne 10 000 euros reversés par établissement en 2023) contribue à expliquer ces résultats limités. Elle souligne néanmoins que ce dispositif *« a permis de construire un véritable dialogue avec les établissements sur les différentes thématiques prioritaires de pertinence »*.

(1) Selon les données fournies par l'annexe 9 au présent projet de loi de financement.

(2) Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026, Cnam, juillet 2025.

C. DES LEVIERS AUJOURD'HUI INSUFFISANTS POUR AMÉLIORER LA PERTINENCE DES SOINS À L'HÔPITAL

L'annexe 9 au présent projet de loi de financement souligne que les enjeux de pertinence demeurent très insuffisamment pris en compte à l'hôpital, comme en atteste le dynamisme de certaines dépenses, qui ne serait pas corrélé « *au même dynamisme en termes de besoin de santé* ».

L'enjeu est notamment important s'agissant des prescriptions hospitalières en ville (PHEV), qui sont les prescriptions réalisées en établissement de santé dont la délivrance a lieu en ville : produits de santé prescrits en sortie d'hospitalisation, transports sanitaires, notamment. L'annexe précitée montre que les dépenses liées à ces prescriptions ont crû de 8,3 % en moyenne sur la période 2019-2025, contre 5,5 % pour l'ensemble des prescriptions. Elles ont engendré une dépense de 21,5 milliards d'euros en 2023, ce qui représente 21 % des remboursements dans l'enveloppe des soins de ville.

L'annexe met également en lumière des enjeux de pertinence dans le recours à certaines interventions chirurgicales, pour lesquelles il existe des variations très importantes selon les régions et les départements, non expliquées par des différences populationnelles. Ces différences sont mises en évidence par l'Atlas des variations de pratiques médicales en France, édité chaque année par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes).

Dans sa version 2023 ⁽¹⁾, cet atlas montre notamment des écarts considérables entre départements pour les chirurgies de la cataracte, du canal carpien, de la tumeur bénigne de la prostate, et pour la pose de stents sans infarctus. Certains départements ont également des taux bien au-dessus de la moyenne pour le recours aux césariennes programmées et, pour une même intervention, il peut y avoir des différences assez substantielles sur le taux de recours à la chirurgie ambulatoire.

II. LE DROIT PROPOSÉ

Le présent article vise à refondre les dispositifs d'incitation à la qualité et à la sécurité des soins au sein des établissements de santé, pour les simplifier et pour en améliorer l'efficacité. Le **II** précise que cette refonte interviendrait au 1^{er} janvier 2026.

A. INSTAURER UN DISPOSITIF D'INCITATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS À LA PERTINENCE ET À L'EFFICIENCE

Le **1^{er} du I** instaure, dans le cadre d'un **nouvel article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale**, un nouveau dispositif d'incitation financière à la pertinence et à l'efficacité des soins pour tous les établissements de santé exerçant des activités

(1) Atlas des variations des pratiques médicales en France, édition 2023, Irdes, février 2024.

de MCO, de psychiatrie et de soins médicaux et de réadaptation (SMR), y compris les hôpitaux d'instruction des armées.

En fonction des résultats obtenus à des indicateurs établis en fonction d'objectifs fixés au niveau national ou régional, les établissements pourront se voir attribuer une dotation complémentaire calculée en fonction des économies constatées pour l'assurance maladie ou, au contraire, appliquer une pénalité financière par minoration des financements de l'assurance maladie, plafonnée à 2 % du montant de ces financements.

Un décret en Conseil d'État sera nécessaire pour déterminer les modalités de fixation des catégories d'objectifs et de détermination de la dotation complémentaire ou de la pénalité. Par ailleurs, la liste des objectifs et indicateurs ainsi que le dispositif d'incitation pour chaque objectif seront précisés par voie d'arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale.

Ainsi, contrairement au Cages, qui ne ciblait que les établissements s'écartant de la norme (*cf. supra*), ce dispositif constituera une incitation à améliorer ses pratiques pour l'ensemble des établissements.

L'annexe 9 au présent projet de loi de financement ne procure pas de chiffrage précis de ce dispositif qui est, dans sa conception, vertueux pour les finances sociales, dans la mesure où l'intéressement reversé aux établissements ne pourra représenter qu'une portion d'une économie documentée. Il est indiqué d'une réduction de 0,5 % des prescriptions hospitalières en ville permettrait une économie de l'ordre de 100 millions d'euros par an « *hors hépatite C et transports* ».

La part ayant vocation à être reversée aux établissements, de même que le volume de la dotation complémentaire annuelle moyenne que ce dispositif pourrait leur procurer, ne sont pas davantage précisés.

B. REFONDRE UN DISPOSITIF DE MISE SOUS SURVEILLANCE DES ÉTABLISSEMENTS CIBLÉ SUR CERTAINS ACTES

• Le 1^o du I maintient par ailleurs un dispositif spécifique de mise sous surveillance destiné aux établissements présentant des écarts significatifs en termes de pratiques médicales, au sein d'un nouvel article **L. 162-23-14-1**. Ils pourront se voir fixer par l'ARS une cible annuelle pour certains actes, prestations ou prescriptions. L'annexe 9 au présent projet de loi évoque à ce titre les actes retenus dans l'Atlas des variations des pratiques chirurgicales susmentionné.

Si cette cible n'est pas respectée sur une période donnée – l'annexe précitée évoque un délai de deux ans – ils pourront se voir infliger une pénalité financière selon les mêmes modalités que celles énoncées à l'article L. 162-23-14. Il sera cependant tenu compte « *des caractéristiques du territoire [...] et de l'établissement* ». L'établissement aura été mis en mesure de présenter ses observations et l'avis de la caisse locale d'assurance maladie ainsi que celui de la

conférence régionale de la santé et de l'autonomie auront été préalablement recueillis.

Un décret en conseil d'État doit venir préciser les modalités d'application de ce deuxième dispositif.

- Ce volet de mise sous surveillance viendrait ainsi se substituer au Cages (*cf. supra*). En conséquence, le **3° du I** abroge les articles L. 162-30-2 à L. 162-30-4, lesquels détaillent actuellement le dispositif du Cages. Cette abrogation n'entrera en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2027 s'agissant de l'article L. 162-30-2, afin de laisser s'achever les contrats en cours.

C. SIMPLIFIER LE DISPOSITIF IFAQ

- Le **2° du I** refond intégralement l'article **L. 162-23-15** qui porte le dispositif de l'Ifaq. La rédaction de cet article est fortement synthétisée, de façon à renvoyer au niveau réglementaire la détermination des modalités du dispositif.

La philosophie actuelle de l'Ifaq est toutefois conservée : tous les établissements exerçant une activité de MCO, de psychiatrie ou de SMR pourront bénéficier d'une incitation financière à la qualité et la sécurité des soins, en fonction des résultats obtenus à des indicateurs listés par arrêté, appartenant à des catégories déterminées par décret en Conseil d'État.

- Derrière le renvoi au domaine réglementaire, on observe une volonté affichée de simplifier ce dispositif et de le rénover pour accompagner de manière concrète la démarche qualité des établissements au sein de chaque service. Le rapport précité de l'Igas avait donné quelques indications en ce sens, en soulignant que *« toute réforme du financement à la qualité devrait se donner pour objectif principal de donner des incitations porteuses de sens pour les soignants »*. Cela implique de *« disposer d'indicateurs mesurables au niveau des services, ainsi que d'indicateurs par spécialité ou pathologie, qui soient centrés sur le bien-être du patient tout au long de son parcours de soins, motivation principale des équipes soignantes »*.

Dans son dernier rapport « Charges et produits »⁽¹⁾, la Cnam appelle également à un dispositif *« rénové et simplifié s'appuyant sur un nombre limité d'indicateurs, directement calculé sur la base du système national des données de santé »* : lettre de sortie, alimentation du dossier médical partagé, infections nosocomiales, réhospitalisations, chirurgie ambulatoire, PEHV pour les médicaments et transports, pertinence pour certains actes, mesure de la satisfaction et de l'expérience du patient.

L'Igas avait cependant appelé à la mise en place d'un outil global de financement à la qualité qui englobe également les problématiques de pertinence.

(1) Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026, Cnam, juillet 2025.

Ce n’est pas le choix retenu par le présent article, qui maintient trois dispositifs distincts. L’annexe 9 au présent projet de loi souligne néanmoins un effort « *d’harmonisation de la légistique* » entre les différents dispositifs, dans une volonté de rapprocher « *ces deux thématiques* » et de les piloter « *de manière coordonnée* ».

*
* *

Article 28
**Limiter la durée de prescription des arrêts de travail pour maladie
et la durée d’indemnisation des arrêts de travail pour accident du travail
ou maladie professionnelle et supprimer l’obligation de visite de reprise
pour un retour de congé de maternité**

Cet article borne la prescription des arrêts de travail pour maladie à quinze jours en ville et à trente jours à l’hôpital, met en place un plafond (que l’autorité réglementaire fixerait à quatre ans) pour le bénéfice des indemnités journalières à raison d’un accident du travail ou d’une maladie professionnelle et rend facultative la visite d’un médecin du travail pour la reprise d’une activité professionnelle au terme d’un congé de maternité.

I. LE DROIT EXISTANT

En additionnant les arrêts liés à des maladies, des accidents du travail ou des maladies professionnelles (AT-MP) et à un congé de maternité ou de paternité, les indemnités journalières (IJ) servies par les branches maladie, maternité, invalidité et décès et AT-MP des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) ont crû de 13,6 à 21,3 milliards d’euros au cours des dix derniers exercices, selon la direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (Drees) ⁽¹⁾.

**ÉVOLUTION DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES DE 2014 À 2024
HORS ASSURÉS APPARTENANT À LA FONCTION PUBLIQUE**

(en milliards d’euros ; en pourcentage)

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Maladie	7,4	11,8	10,8	12,5	11,4	12,1
dont indemnités hors Covid-19	7,4	9,4	9,9	10,7	11,3	12,1
dont indemnités liées au Covid-19		2,4	0,9	1,8	0,1	
Accidents du travail-maladies professionnelles	2,9	3,9	4,2	4,5	4,8	5,3
Maternité-paternité	3,3	3,3	3,6	3,9	3,8	3,9
Ensemble	13,6	19,1	18,7	20,9	20,1	21,3
<i>Évolution (en %)</i>	<i>4,1</i>	<i>20,0</i>	<i>-2,3</i>	<i>12,0</i>	<i>-4,0</i>	<i>6,2</i>
Ensemble hors liées au Covid-19	13,6	16,7	17,7	19,1	20,0	21,3
<i>Évolution (en %)</i>	<i>4,1</i>	<i>4,9</i>	<i>6,0</i>	<i>7,9</i>	<i>4,4</i>	<i>6,8</i>

Source : Drees, septembre 2025.

(1) Drees, Les dépenses de santé en 2024, septembre 2025.

Les principes de l'IJ servent à « *l'assuré dans l'incapacité physique constatée par le médecin [ou la sage-femme] de continuer ou de reprendre le travail* » – délai de carence, calcul en fonction du salaire, période minimale de perception dans le cas général et pour les affections longues exonérant ou non de ticket modérateur – seront rappelés à l'occasion du commentaire de l'**article 29** du présent projet de loi. Aussi le I du présent commentaire n'abordera-t-il que des éléments relatifs aux IJ pour AT-MP et maternité.

A. LES ARRÊTS DE TRAVAIL POUR ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

La branche AT-MP couvre le fait de subir, dans l'exercice professionnel ou à l'occasion du trajet vers ou depuis le lieu de sa pratique, un fait accidentel entraînant une lésion ou celui de contracter, en lien avec l'activité et y compris tardivement, une pathologie.

- Trois faits générateurs de l'intervention de cette branche existent :

- l'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale qualifie d'**accident du travail** celui qui survient par son fait ou à son occasion, quelle qu'en soit la cause ;

- d'après l'article L. 411-2 du même code, l'**accident de trajet**, reconnu lorsque la victime ou ses ayants droits prouvent la réunion de l'ensemble des conditions ou que l'enquête permet à la caisse de disposer de présomptions suffisantes sur ce point, peut arriver à un travailleur pendant son déplacement d'aller et de retour, entre (i) sa résidence principale, sa résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où il se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et (ii) le lieu de son travail ou le restaurant, la cantine ou le lieu où il prend habituellement ses repas, sauf si le parcours a été interrompu ou détourné pour un motif d'intérêt personnel ;

- l'article L. 411-3 dudit code définit comme **maladie professionnelle** toute affection désignée dans l'annexe II à l'article R. 461-3, composée de cent deux tableaux qui combinent une description (anémie, asthme, encéphalopathie, ulcération, etc.), un délai de prise en charge (allant de quelques jours à plusieurs dizaines d'années) et une liste indicative ou limitative des travaux susceptibles d'en être la cause. Si une ou plusieurs conditions, comme la durée d'exposition au facteur de risque, ne sont pas réunies, une maladie figurant dans ces tableaux peut tout de même être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime. Peut également être reconnue d'origine professionnelle une maladie absente de ces listes lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle a entraîné son incapacité permanente ou son décès.

- Les AT-MP connaissent des règles qui diffèrent de celles prévues pour les soins de santé remboursés par la branche maladie. De manière générale, l'assuré bénéficie d'une **prise en charge des frais médicaux à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale**, sans ticket modérateur (*cf.* le commentaire de l'**article 18** du présent projet de loi), quelle que soit leur nature.

Des allocations sont versées si la victime ne peut reprendre son travail.

Si cela se produit à titre définitif, le médecin habilité constate l'**incapacité permanente** (IP) de la personne et détermine, selon l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, un taux en fonction de la nature de l'infirmité, de l'âge et des facultés de la victime, ainsi que de ses aptitudes et de sa qualification professionnelle, compte tenu du barème indicatif figurant aux annexes I et II à l'article R. 434-32 du même code. Pour les niveaux d'IP strictement inférieurs à un seuil, l'assuré perçoit une **indemnité en capital**. Si l'IP de l'assuré atteint ou dépasse 10 %, il perçoit une **rente viagère**. Enfin, lorsque l'accident ou la maladie résulte d'une faute inexcusable de l'employeur, la victime ou ses ayants droit ont droit à une **majoration** de la rente ou de l'indemnité en capital. Tirant les conséquences d'un revirement de jurisprudence de la Cour de cassation⁽¹⁾, le législateur a, l'année dernière, clarifié la définition du préjudice que compense la rente ou l'indemnité en capital, réaffirmé que sont concernées la perte économique comme l'atteinte physique personnelle, fixé des règles de réparation plus favorables aux assurés et sécurisé le calcul des sommes mises par le juge aux dépens de l'employeur⁽²⁾.

Si l'**incapacité** est **temporaire** (IT), les articles L. 433-1 et L. 433-2 du même code indiquent que l'assuré perçoit durant son arrêt de travail, sans délai de carence, des indemnités journalières au montant particulièrement délicat à calculer :

– le point de départ est le salaire journalier de base (SJB), qui en principe est le salaire brut du mois précédant l'arrêt divisé par 30,42⁽³⁾ ;

– mais ce SJB n'est retenu que dans la limite d'un pourcentage du maximum de rémunération annuelle retenu pour l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse en vertu de l'article L. 241-3, la borne étant de 0,834 %⁽⁴⁾ ;

– le maximum en question, le plus souvent désigné comme le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) et fixé chaque année⁽⁵⁾, est en 2025 de 47 100 euros⁽⁶⁾ ;

– pendant vingt-huit jours, l'indemnité est égale à 60 % du SJB sous un plafond de 0,834 % du PASS, soit actuellement 235,69 euros par jour ;

(1) Cass., Ass. plén., 20 janvier 2023, pourvois nos 20-23-673 (annulation partielle de l'arrêt d'appel et renvoi du surplus) et 21-23.947 (rejet du pourvoi de l'agent judiciaire de l'État).

(2) Article 90 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 ; commentaire de l'article 24 dans le tome II du rapport n° 487 de M. Yannick Neuder, rapporteur général (article relevant de la compétence de M. Jean-Carles Grelier, rapporteur thématique), sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (première lecture), enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 25 octobre 2024 ; commentaire du même article dans le rapport n° 869 de M. Thibault Bazin, rapporteur général (article relevant de la compétence de M. Philippe Vigier, rapporteur thématique), sur le même projet de loi (nouvelle lecture), enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 30 janvier 2025.

(3) Article R. 433-4 du code de la sécurité sociale.

(4) Article R. 422-2 du code de la sécurité sociale.

(5) Article D. 242-17 du code de la sécurité sociale.

(6) Article 1er de l'arrêté du 19 décembre 2024.

– à compter du vingt-neuvième jour, ce taux est porté à 80 % ⁽¹⁾, ce qui donne 314,25 euros par jour.

B. LA VISITE DE REPRISE APRÈS UN CONGÉ DE MATERNITÉ

Quoique les deux dispositifs soient liés, il faut faire le départ entre la période pendant laquelle :

- la **salariée enceinte** ne travaille plus ;
- l'**assurée enceinte** est indemnisée par l'assurance maladie.

• Les premier et dernier alinéas de l'article L. 1225-16 et les deux premiers alinéas de l'article L. 1225-17 du code du travail disposent que la salariée jouit :

– d'une autorisation d'absence pour se rendre aux examens médicaux obligatoires ⁽²⁾ dans la surveillance de la grossesse et des suites de l'accouchement, n'entraînant aucune diminution de la rémunération pour le calcul de l'ancienneté et des droits à pension comme du travail effectif ;

– d'un **congé de maternité** pendant six semaines avant la date présumée de l'accouchement puis dix semaines après la date de celui-ci, étant précisé qu'à sa demande, et sous réserve d'un avis médical, la première période de suspension du contrat de travail peut être réduite d'une durée maximale de trois semaines et la seconde augmentée d'autant.

Aux termes de l'article L. 4264-2-3 du même code, après un congé de maternité ou une absence au travail justifiée par une incapacité résultant de maladie ou d'accident, le travailleur bénéficie d'un **examen de reprise** par un médecin du travail dans un délai déterminé par décret, à savoir huit jours ⁽³⁾.

Dans la mesure où le premier alinéa de l'article L. 4622-6 dudit code prévoit que les dépenses afférentes aux services de prévention et de santé au travail (SPST) sont à la charge des employeurs, cet examen de reprise, usuellement appelé visite, est sans incidence sur les dépenses de la branche maladie. Si seulement besoin était d'insister, nul item relatif à la santé au travail n'est mentionné à l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale, relatif aux frais couverts au titre de la protection contre le risque et les conséquences de la maladie, ou à l'article L. 160-9 du même code, listant les frais pris en charge au titre de la protection contre les risques et les conséquences de la maternité. L'examen prévu à l'article L. 4264-2-3 du code du travail n'est pas concerné non plus par l'article L. 2122-1 du code de la santé publique, afférent à la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement.

(1) Article R. 433-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 2122-1 du code de la santé publique.

(3) Dernier alinéa de l'article R. 4624-31 du code du travail.

● La section 3 du chapitre 1^{er} du titre III du livre III du code de la sécurité sociale prévoit que dans les six semaines avant la date présumée de l'accouchement et les dix semaines le suivant, l'assurée se voit verser une indemnité journalière de repos (des dérogations existent lorsque des naissances multiples sont prévues, quand l'accouchement est prématuré, etc.).

L'indemnité journalière de l'assurance maternité ⁽¹⁾ s'élève à 50 % du salaire de référence, retenu sous le plafond journalier de la sécurité sociale (PJSS) ⁽²⁾, soit 127,02 euros, diminué d'un « *taux forfaitaire représentatif de la part salariale des cotisations et contributions légales ou conventionnelles* », actuellement de 21 % ⁽³⁾, ce qui revient à 101,94 euros. Elle ne peut être inférieure au montant minimum de la pension d'invalidité ⁽⁴⁾ divisé par 365 ⁽⁵⁾, soit 11,02 euros. Elle est allouée y compris si l'enfant n'est pas né vivant après vingt-deux semaines d'aménorrhée.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Actuellement, la durée d'un arrêt de travail pour maladie n'est pas limitée au moment de sa prescription et celle du service d'indemnités journalières pour AT-MP (les faits générateurs de l'interruption et le paramètre étudié diffèrent) n'ont aucune limite normative. La visite de reprise auprès du médecin du travail après un congé de maternité est obligatoire, alors qu'elle n'est pas toujours utile et que son obtention dépasse souvent, dans les faits, le délai de huit jours sus-évoqué.

Le **I** modifie le code rural et de la pêche maritime dans un sens touchant les AT-MP et le **II** celui de la sécurité sociale, en matière de maladie (1^o et deux 2^o – le texte déposé comprend cette erreur matérielle) puis d'AT-MP (3^o).

A. LES ARRÊTS DE TRAVAIL POUR MALADIE

Le 1^o du **II** prévoit, à l'article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale :

– que les médecins mentionneront, sur les documents établis pour le service du contrôle médical de l'assurance maladie, non seulement les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail mais aussi sa durée (**b**) ;

– que cette durée ne pourra excéder un plafond fixé par décret en Conseil d'État, l'intention étant qu'il s'agisse de 15 jours en ville et 30 jours à l'hôpital pour les primo-prescriptions et de deux mois pour les prolongations. Cela entraînerait

(1) Article R. 331-5 du code de la sécurité sociale.

(2) Contrairement à ce qui vaut par exemple pour l'indemnité journalière servie en cas d'incapacité temporaire après un accident du travail ou une maladie professionnelle (cf. supra), il s'induit du 1^o de l'article R. 323-4 du code de la sécurité sociale que la valeur mensuelle de 3 925 euros n'est pas divisée par 30,42 (ce qui donnerait 100,34 euros) mais multipliée par trois puis divisée par 91,25 – autrement dit, divisée par 30,4167.

(3) Article 1er de l'arrêté du 28 mars 2013.

(4) Articles L. 341-5 et R. 341-4 du code de la sécurité sociale ; encore le calcul de la pension d'invalidité est-il lié à celui des allocations de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et supplémentaire d'invalidité (ASI).

(5) Articles 1er et 2 de l'arrêté du 22 décembre 1955.

paradoxalement une hausse du nombre de consultations de renouvellement : certes, l'étude d'impact indique qu'il fallait en moyenne 6 jours, en 2018, pour en obtenir une et que, dans la moitié des cas 2 jours suffisaient, mais le rapporteur général n'a pas besoin d'insister sur les disparités territoriales majeures à ce propos **(b)** ;

– qu'il pourra y être dérogé à l'appui d'une justification selon la situation du patient et d'une prise en considération des éventuelles recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) **(c)** ;

– que ces changements ne toucheront pas seulement les affiliés du régime général et des régimes alignés, mais aussi les non-salariés relevant de la Mutualité sociale agricole (MSA) (référence à l'article L. 732-3 du code rural et de la pêche maritime), y compris en Guadeloupe, Guyane, Martinique, à La Réunion, Mayotte, Saint-Barthélemy et Saint-Martin (référence à l'article L. 781-21 du même code) **(a)**.

Les deux 2° *[sic]* du **II**, tout en créant le plafond susmentionné et la faculté d'y déroger, corrigent une omission qui faisait apparaître la seule sage-femme ⁽¹⁾ au lieu, également, du chirurgien-dentiste aux articles L. 162-4-4 et L. 321-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite de leurs compétences professionnelles.

Pour ce qui concerne la sage-femme, il s'agit de la réintroduction d'une durée maximale qui avait été supprimée par la loi dite « Rist 1 » ⁽²⁾.

D'après le ministère de la santé, « *les durées de prescription sont parfois inadaptées à un suivi médical régulier des assurés en arrêt maladie, [mais] aucune durée maximale n'est aujourd'hui prévue, malgré l'existence de fiches publiées par l'assurance maladie après avis de la HAS [et] de nombreuses prescriptions initiales dépassent les [périodes] recommandées* ».

Selon le dernier rapport dit *Charges et produits* de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), les écarts sont « *très importants* » :

– pour les troubles anxio-dépressifs mineurs, 14 jours sont préconisés mais 10 % des prescriptions plus longues dépassent les 47,5 jours ;

– pour la lombalgie commune, la même proportion excède 26,3 jours alors que la référence est de 5 jours ;

– pour la sciatique, la recommandation est de 35 jours mais 13 % de toutes les prescriptions vont plus loin, dont 50 % pour plus de 59 jours ;

(1) Articles D. 331-1 et D. 331-2 du code de la sécurité sociale, ce second étant resté en vigueur par erreur.

(2) Article 6 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

– pour la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, le repère est de 21 jours s’il n’y a pas de chirurgie et de 90 jours en cas d’opération, mais 10 % des dépassements représentaient plus de 130 jours ⁽¹⁾.

Est escomptée une **économie de 10 millions d’euros** (40 millions d’euros corrigés de 30 millions d’euros pour les consultations supplémentaires).

B. LES ARRÊTS DE TRAVAIL POUR ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

Le 1° du **I** complète le 2° de l’article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime afin que l’indemnité journalière servie aux chefs ou collaborateurs d’exploitation agricole, les aides familiaux et les associés d’exploitation à raison de leur incapacité temporaire de travail liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle (AT-MP) ne le soit que pendant une « *période qui n’excède pas une durée fixée par décret, calculée de date à date* ».

Le **a** du 2° du même **I** aligne le premier alinéa de l’article L. 752-5 du même code sur une rédaction tenant compte de l’introduction d’un tel plafonnement.

Le **b** du 2° dudit **I** prévoit que les indemnités concernées, servies en l’état du droit jusqu’à la guérison complète de l’assuré, la consolidation de sa blessure ou son décès, aient aussi pour borne l’expiration de la durée maximale susmentionnée, après quoi l’incapacité sera réputée permanente (si cette présomption n’a pas de caractère irréfragable, elle est protectrice de la victime) et que les droits à indemnités, dès lors que le travail a été repris, sont rechargés à partir d’une durée fixée par décret.

Le 3° du **II** opère les trois mêmes modifications à l’article L. 433-1 du code de la sécurité sociale, relatif aux AT-MP du régime général : versement des IJ par la caisse primaire sous une durée maximale renvoyée à un décret, nouveau motif de fin de service à raison de l’expiration de cette durée au lieu seulement de l’amélioration de l’état de santé ou du décès de la victime (et présomption sinon d’une incapacité permanente). Par exception, le plafonnement ne sera pas applicable au bénéfice de l’indemnité « *servie en tout ou partie en cas de reprise d’un travail léger autorisé par le médecin traitant, reconnue par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure* » que mentionne l’actuel troisième et futur quatrième alinéa de l’article codifié.

Selon l’exposé des motifs, cet alignement d’une durée limite pendant laquelle sont versées des IJ pour AT-MP sur les règles de la branche maladie répond à la hausse de leur longueur moyenne, passée de 158 jours en 2023 à 163 en 2024 au régime général, de 155 jours en 2014 à 196 en 2024 à celui des salariés agricoles et enfin de 96 jours en 2014 à 122 en 2024 à celui des non-salariés agricoles. Or les contrôles, d’après le même exposé, « *conduisent, dans la majeure partie des cas, sur les arrêts les plus longs, à une décision de consolidation* », étant entendu que, le cas

(1) Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions pour 2026, juin 2025.

échéant, l'assuré peut aussi basculer dans le statut de l'incapacité permanente – de la même façon qu'après un congé maladie, un assuré qui ne peut pas reprendre son travail est éligible à une prestation d'invalidité.

La durée maximale serait fixée par voir réglementaire à quatre ans.

Est attendue une **économie de 28 millions d'euros** pour le réseau de la Cnam et de **2,8 millions d'euros** pour celui de la MSA.

C. LA VISITE DE REPRISE APRÈS UN CONGÉ DE MATERNITÉ

Le **III** prévoit une nouvelle rédaction de l'article L. 4624-2-3, précité, du code du travail, aux termes de laquelle le travailleur « *bénéficie* » d'un examen de reprise du médecin du travail en tout état de cause après une absence liée par une maladie ou à un accident (futur 1°) et que tel est le cas que « *si le travailleur ou l'employeur le demande* » après un congé de maternité (futur 2°, mentionnant de manière curieuse la salariée au masculin), non parce que cette visite ne serait pas pertinente pour les femmes après leur grossesse et leur accouchement mais à cause d'une « *pénurie médicale* » dans les SPST et leurs équivalents dans le secteur agricole – et qui, s'il fallait le rappeler, n'appartiennent pas aux Robss mais relèvent des entreprises.

Ce **III** étant dépourvu de l'effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base qu'exige le 1° de l'article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale, il est **étranger au domaine de la loi de financement de la sécurité sociale**.

La mesure relative à l'examen de reprise concerne expressément la médecine du travail et les relations entre l'employeur et la salariée revenant du congé qui lui a été accordé pour sa grossesse et son accouchement.

Certes, sous l'angle politique, le rapporteur général vient au soutien de la suppression de son caractère obligatoire et serait même favorable au fait qu'une telle dispense concerne tout arrêt de travail.

Toutefois, la restriction d'une visite du service de prévention et de santé au travail aux cas où soit la salariée soit son employeur le demande n'a **pas de lien juridique direct avec la sécurité sociale**, le médecin n'étant pas rémunéré par l'assurance maladie mais par l'entreprise, plus souvent une association paritaire. Il présente seulement un **lien financier de second rang**, d'une **ampleur incertaine** avec la branche maladie, maternité, invalidité et décès :

– l'exposé des motifs mentionne la circonstance que le défaut de rendez-vous chez le médecin du travail dans le délai de huit jours « *peut amener* » l'assurée à faire prolonger son interruption et à percevoir ainsi des IJ ;

– l'exécutif admet aussi se placer principalement sur le terrain du droit du travail puisqu'il avance que son choix de ne pas supprimer la visite de reprise mais

d'uniquement la rendre facultative tient à l'éventuel besoin d'une « *réappropriation du poste après échange avec le médecin du travail* » ;

– selon l'étude d'impact, « *le ministère du travail ne dispose pas de données concernant le nombre exact de femmes se voyant prescrire un arrêt de travail, de retour d'un congé de maternité, dans l'attente de la visite de reprise* » et il est « *impossible* » au Gouvernement d'en donner le coût, sinon sous un « *postulat* » dont chacun des paramètres (visites de reprise ne respectant pas le délai, part entraînant une prolongation des IJ, nombre de demandes des femmes concernées ou de leur employeur pour maintenir l'examen, etc.) ne vaut que « *théoriquement* ».

L'irrecevabilité ou la censure frappent chaque année, logiquement, des mesures analogues. Alors que de la part de leurs auteurs il aurait pu « *être soutenu qu'elles réduiraient les dépenses des Robss par leur dimension préventive* », le critère est qu'en droit elles auraient un « *effet est trop indirect, accessoire ou indiscernable* » ⁽¹⁾, ce qui se vérifie clairement en matière de droit du travail ou plus largement dans les cas où la hausse ou la baisse des honoraires des médecins relevant de la branche maladie est nulle ou incidente :

– le juge constitutionnel a tenu pour « *cavalière* » une disposition de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023 permettant aux salariés exerçant ou ayant exercé des métiers particulièrement exposés à certains risques professionnels de bénéficier d'un suivi individuel spécifique, comprenant une visite médicale auprès d'un professionnel de santé au travail ⁽²⁾ ;

– il avait écarté l'article de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 tendant à supprimer l'obligation de production d'un certificat médical de non contre-indication pour l'obtention, par un mineur, d'une licence sportive, précisément au motif de l'absence de prise en charge de la consultation concernée par les régimes de base ⁽³⁾.

Enfin, le **III** apparaît **détachable sur le fond** du reste de l'**article 28**.

Aussi le chiffrage de 17,6 millions d'euros donné par le Gouvernement, qui lui-même admet qu'il « *constitue un majorant* », n'est pas sans intérêt pratique, mais ne peut-il être tenu pour une incidence sur les Robss au sens de la loi organique.

D. LES DISPOSITIONS TECHNIQUES

Les **IV** et **V** effectuent des ajustements pour l'outre-mer.

En premier lieu, le **IV** modifie l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance

(1) Rapport n° 5107 de M. Éric Woerth (pp. 181 et 187), enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 23 février 2022.

(2) Conseil constitutionnel, décision n° 2023-849 DC du 14 avril 2023 (par. 111 et 112).

(3) Conseil constitutionnel, décision n° 2019-795 DC du 20 décembre 2019 (par. 72 et 75).

maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ⁽¹⁾ pour que l'article L. 162-4, précité, du code de la sécurité sociale ne soit applicable dans ce département que dans une version ne comportant pas le nouveau plafonnement de la prescription des arrêts de travail.

En outre, le **V** tient compte du décalage d'un alinéa de l'article L. 433-1, précité, du même code dans le renvoi qui y est fait par l'article 12-4, relatif aux AT-MP, de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ⁽²⁾.

Enfin, le **VI** prévoit :

– pour le **1°** et le **b** du **2°** [assurément le premier des deux, le second étant composé d'un seul alinéa rectifiant une incohérence] du **II**, c'est-à-dire le plafonnement de la durée des arrêts de travail, une entrée en vigueur différée au 1^{er} septembre 2026 ;

– pour le **I** et le **3°** du **II**, donc la limitation de la durée de perception des **IJ** pour AT-MP, une application aux sinistres postérieurs au 1^{er} janvier 2027.

*

* *

(1) *Prise sur le fondement de l'habilitation votée à l'article 1er de la loi n° 96-1075 du 11 décembre 1996 ; ratifiée par l'article 1er de la loi n° 98-144 du 6 mars 1998.*

(2) *Prise sur le fondement de l'habilitation votée à l'article 5 de la loi n° 76-664 du 19 juillet 1976 relative à l'organisation de Saint-Pierre-et-Miquelon ; non-expressément ratifiée.*

Article 29

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

Cet article supprime la dérogation suivant laquelle n'est pas plafonné le nombre de jours d'arrêt de travail pendant lequel, sur une période de trois ans, un assuré bénéficie d'indemnités de la branche maladie lorsqu'il présente une affection longue ne l'exonérant pas du ticket modérateur :

- il ne laisse valoir cette absence de plafond que pour les affections dispensant du ticket ;
- il aligne, dans les autres cas, la limitation sur les 360 jours de droit commun (pour le seul flux des prescriptions et renouvellements, les malades gardant leurs anciens droits).

I. LE DROIT EXISTANT

Les indemnités journalières, dont les règles diffèrent selon que l'individu qui en bénéficie ait une affection de longue durée (ALD) ou non, l'exonérant de ticket modérateur ou non, sont une dépense dynamique de la branche maladie. Le présent commentaire en rappellera les caractéristiques principales.

A. DES CONDITIONS DE BÉNÉFICE DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES PLUS FAVORABLES POUR LES ASSURÉS ATTEINTS D'UNE AFFECTION DE LONGUE DURÉE, SURTOUT SI ELLE EST DITE EXONÉRANTE

Une partie des – naturellement très nombreuses et éparses – mesures du code de la sécurité sociale sur l'assurance maladie – branches maladie, maternité, invalidité et décès et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) des régimes obligatoires de base (Robss) – figurent dans le titre II de son livre III.

● L'article L. 321-1 met à la charge de l'assurance maladie le « versement d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique [...] de continuer ou de reprendre le travail », cette incapacité étant « constatée par le médecin [ou] la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle » ⁽¹⁾, étant précisé que :

– concernant la « pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » :

* « la prescription ou le renouvellement d'un arrêt de travail ne peut porter sur plus de trois jours ni avoir pour effet de porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours », sauf lorsque cela est le fait du médecin traitant ou de la sage-femme référente ⁽²⁾ dans le cas d'une « impossibilité, dûment justifiée par le patient, de consulter un professionnel médical compétent pour obtenir, par une prescription réalisée en sa présence » ;

(1) Article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 162-8-2 du code de la sécurité sociale.

* « aucun fournisseur de services en ligne ne peut mettre en place une plateforme visant à fournir à titre principal, explicitement ou implicitement, des actes de télémedecine prescrivant ou renouvelant un arrêt de travail » ;

* « un acte de télémedecine effectué par un professionnel de santé exerçant son activité à titre principal à l'étranger ne peut donner lieu à la prescription ou au renouvellement d'un arrêt de travail, quelle qu'en soit la durée » ⁽¹⁾ ;

– sauf si la situation de l'assuré le justifie, auquel cas s'applique un critère de ressources ⁽²⁾, les arrêts prescrits pour une cure thermale ne sont pas indemnisés.

• L'article L. 323-1 prévoit que l'indemnité est « accordée à l'expiration d'un délai déterminé suivant le point de départ de l'incapacité de travail et est due pour chaque jour ouvrable ou non », ce que l'usage désigne, avec confusion, comme le délai de carence et que la durée de son service est calculée différemment selon que soit appliquée la procédure de l'article L. 324-1 du même code, c'est-à-dire que le malade ait une affection de longue durée (ALD) au sens strict ou une « interruption de travail ou des soins continus supérieurs à une durée déterminée » (soit six mois), ce que les gestionnaires appellent le double compteur :

– dans l'affirmative, la période de versement de l'indemnité court « de date à date pour chaque affection » ;

– dans la négative, ne peut pas être attribué un « nombre d'indemnités journalières supérieur à un chiffre déterminé ».

Ces principes sont précisés à l'article R. 323-1 dudit code :

– son 1° indique que le point de départ de l'incapacité est son quatrième jour, ce qui donne un délai de carence de trois jours, lequel ne vaut dans le cas des ALD que pour une période de trois ans et pour le premier arrêt de travail (il s'ensuit, dans l'hypothèse présentée *infra* des ALD non exonérantes, que la carence est levée dès le deuxième arrêt causé par la même affection) ;

– son 2° fixe à trois ans la durée maximale de versement de l'indemnité ;

– dans le cas des ALD, la durée de reprise du travail à l'expiration de laquelle est reconstitué le droit à un bénéfice de l'indemnité pendant trois ans de date à date est, aux termes de son 3°, d'un an ;

– enfin, le nombre maximal de jours indemnisés pour un assuré ne souffrant pas d'une ALD est de 360 pendant une période glissante de trois ans et il se déduit

(1) Troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, issu du I de l'article 65 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, et quatrième et cinquième alinéas du même article L. 6316-1, issus de l'article 54 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(2) Article D. 323-1 du code de la sécurité sociale.

qu'en l'absence d'un tel plafond le nombre d'indemnités pour un assuré ayant une ALD est de 1 095 en trois ans (ou 1 096 s'il y a une année bissextile).

Les articles L. 323-1-1 et L. 323-1-2 prévoient qu'il est dérogé à ces règles, de sorte que l'indemnité journalière est servie sans délai, dans le cas du décès d'un enfant (ou d'une personne à charge) de moins de 25 ans de l'assuré et dans ceux d'une interruption spontanée de grossesse (IVG) ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée ou pratiquée pour motif médical ⁽¹⁾.

S'agissant du montant de l'indemnité, l'article L. 323-4 dispose qu'elle est « *égale à une fraction des revenus d'activité antérieurs [...], retenus dans la limite d'un plafond et ramenés à une valeur journalière* », étant entendu que :

– la fraction est, aux termes de l'article R. 323-5, la moitié ;

– l'assiette, dans le cas le plus simple, celui d'une réputation mensuelle, est fixée à l'article R. 323-4 comme « *1/91,25 du montant des trois dernières paies des mois civils* » antérieurs à l'arrêt ;

– le plafond est 1,4 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic) en vigueur le dernier jour du mois civil précédant celui de l'interruption, selon le même article (jusqu'au 1^{er} avril 2025, la limite était de 1,8 fois le Smic et la baisse du plafond ferait économiser 465 millions d'euros la première année pleine) ⁽²⁾.

• Les modalités de délai de carence et de durée de versement susmentionnées se complexifient avec la distinction des affections longues (sans nécessairement être des ALD au sens strict) qui exonèrent ou non de tout ou partie du reste à charge.

Certains des « *tarifs servant de base au calcul des prestations* » relevant de la branche maladie peuvent faire l'objet d'une « *participation de l'assuré* », ainsi que le prévoit le premier alinéa du I de l'article L. 160-13. Cette participation comprend le ticket modérateur, les restes à charge à proprement parler (franchise sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports ; participation forfaitaire pour les consultations ; forfait hospitalier) et les éventuels dépassements d'honoraires.

Cependant, le ticket modérateur n'est pas exigé quand le bénéficiaire :

– a une ALD, définie comme « *une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret* » (3^o de l'article L. 160-14) ⁽³⁾ ;

(1) Articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique.

(2) 1^o et 2^o de l'article 1^{er} du décret n° 2025-160 du 20 février 2025 relatif au plafond du revenu d'activité servant de base au calcul des indemnités journalières dues au titre de l'assurance maladie.

(3) Article D. 160-4 du code de la sécurité sociale et son annexe (exemples : maladies chroniques actives du foie et cirrhoses, diabète de type 1 et de type 2, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques, etc.).

– ou est « *reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la [même] liste, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant* » et, de façon cumulative, qu'elle(s) nécessite(nt) un « *traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse* » (4° du même article L. 160-14).

Non sans rendre l'appréhension de ces règles plus trouble encore, beaucoup de documents à l'attention des malades utilisent les formules :

– « ALD exonérantes » pour regrouper les véritables ALD et les affections dont la gravité et la durée du traitement font qu'elles suppriment le ticket modérateur, dans les mêmes conditions que les ALD ;

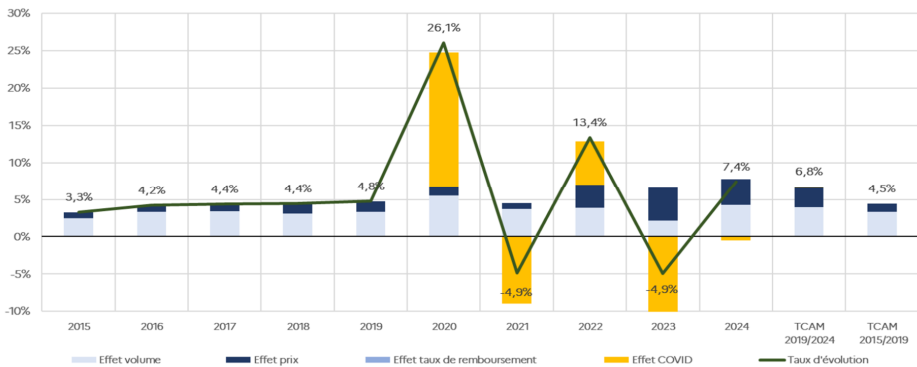
– « ALD non exonérantes » quant aux affectations donnant lieu à un arrêt d'au moins dix mois mais qui ne sont ni des ALD ni des affectations satisfaisant aux critères du 4° de l'article L. 160-14.

B. UNE CHARGE CROISSANTE POUR L'ASSURANCE MALADIE

Dans le rapport présenté en juin 2025 à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), il est fait mention – hors les indemnités pour les congés de maternité et les AT-MP ⁽¹⁾ – d'une charge de 12,1 milliards d'euros en 2024 (+ 8 % par rapport à 2023 ou + 7,4 % pour le seul régime général). La hausse moyenne a été de 6,8 % par an entre 2019 et 2024, contre 4,5 % entre 2015 et 2019. C'est le poste le plus dynamique des soins de ville, avec un effet de prix (salaires) et un effet de volume (nombre de jours) de poids comparable en 2024.

CROISSANCE DES DÉPENSES D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES DE 2015 À 2024

(en pourcentage)

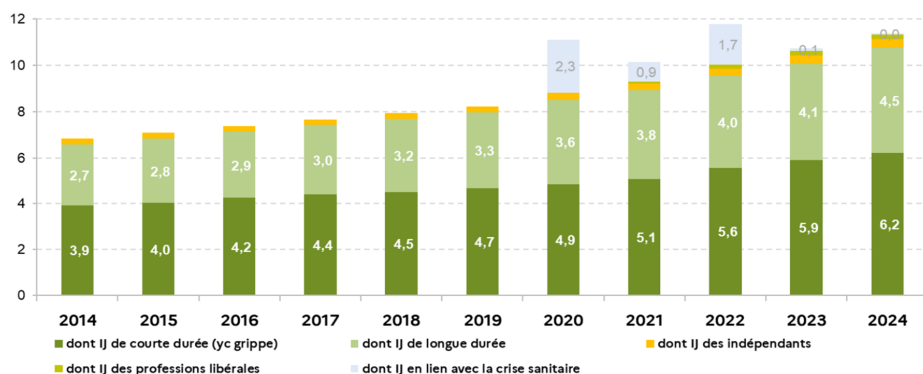


Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2025.

(1) En 2023, les indemnités pour congé maladie au sens strict pesaient 60 % de la dépense, mais 70 % du nombre de journées concernées et correspondaient à 85 % des arrêts prescrits.

MONTANT DES DÉPENSES D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES DE 2014 À 2024

(en pourcentage)



Source : rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (Repss) sur la branche maladie annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, juin 2025.

Dans une note de la fin de l'année dernière, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) relevait que « [ceux] de plus de six mois, plus fréquents chez les salariés âgés, représentent seulement 7 % des arrêts maladie indemnisés mais près de la moitié des dépenses ; la hausse du nombre total de journées indemnisées concerne toutes les catégories de salariés, mais est plus marquée pour les salariés âgés et les femmes » ⁽¹⁾.

La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), dans le dernier rapport « Charges et produits » qu'elle a publié en application de l'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale ⁽²⁾, indique, en s'arrêtant sur ce point à 2023, que :

– « les facteurs économiques (notamment les salaires) et démographiques expliquent environ 60 % de la progression des dépenses d'indemnités journalières sur la période récente », car « outre les fluctuations de court terme liées à la situation épidémiologique, les dépenses d'indemnités journalières présentent un caractère procyclique à la conjoncture économique, c'est-à-dire qu'elles tendent à augmenter lorsque le chômage recule et que les salaires progressent ; cependant, au-delà de ces effets conjoncturels, on observe une dynamique de croissance structurelle des arrêts maladie [qui] s'explique principalement par la hausse du nombre de personnes en emploi et le vieillissement de la population active, mais d'autres facteurs entrent également en jeu comme la déformation de la structure d'âge de la population salariée bénéficiant d'indemnités journalières et le taux de recours aux indemnités journalières par âge donné [...] » ;

– « les 40 % restants s'expliquent par une hausse de la sinistralité à âge donné, c'est-à-dire une augmentation de la fréquence ou de la durée des arrêts à caractéristiques démographiques équivalentes (âge et sexe) ; cette tendance repose

(1) Drees, Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019, décembre 2024.

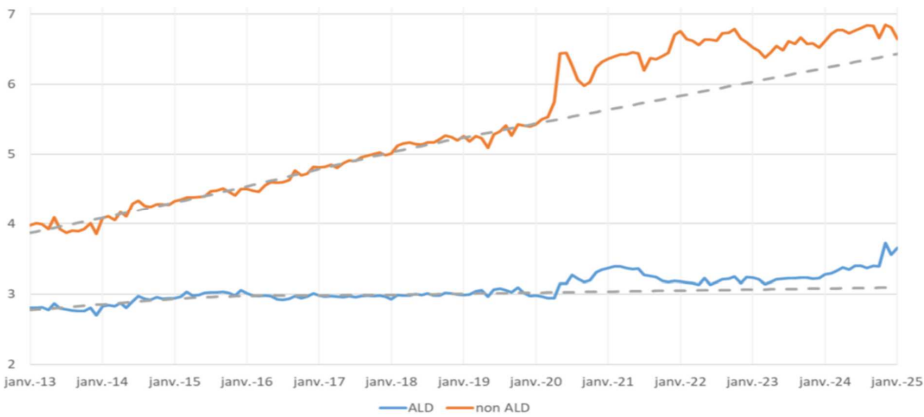
(2) Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions pour 2026, juin 2025.

à la fois sur un allongement de la durée moyenne des arrêts et sur une hausse de la proportion de personnes indemnisées à âge identique » ;

– « à la différence des remboursements de soins, la croissance des indemnités journalières de plus de trois mois est principalement portée par des personnes qui ne souffrent pas d'une affection de longue durée (ALD) ; en 2013, le nombre de jours indemnisés des personnes en ALD représentait 40 % des indemnités journalières contre 33 % en 2024 », ce dynamisme tenant largement aux ALD non exonérantes (dont la Cnam souligne qu'elles ne sont pas de véritables ALD).

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE JOURS INDEMNISÉS AU TITRE D'ARRÊTS DE PLUS DE TROIS MOIS EN FONCTION DU STATUT DE L'ASSURÉ DE 2013 À 2024

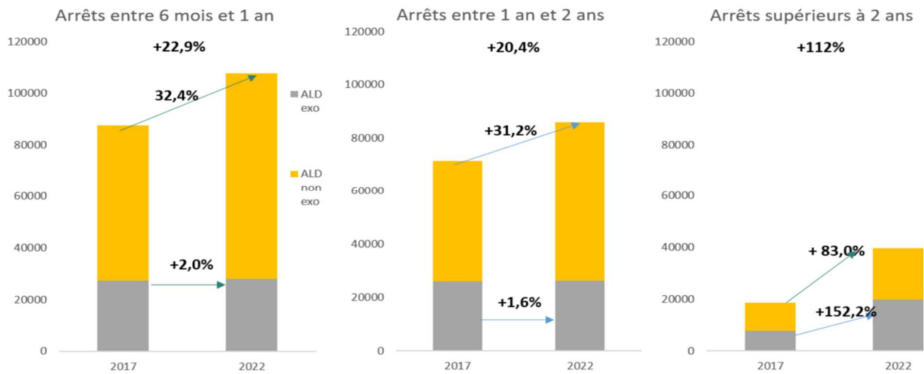
(en millions)



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie, juin 2025.

CROISSANCE DES ARRÊTS EN ALD EXONÉRANTE NON EXONÉRANTE DE 2017 À 2022

(en euros)



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie, juin 2025.

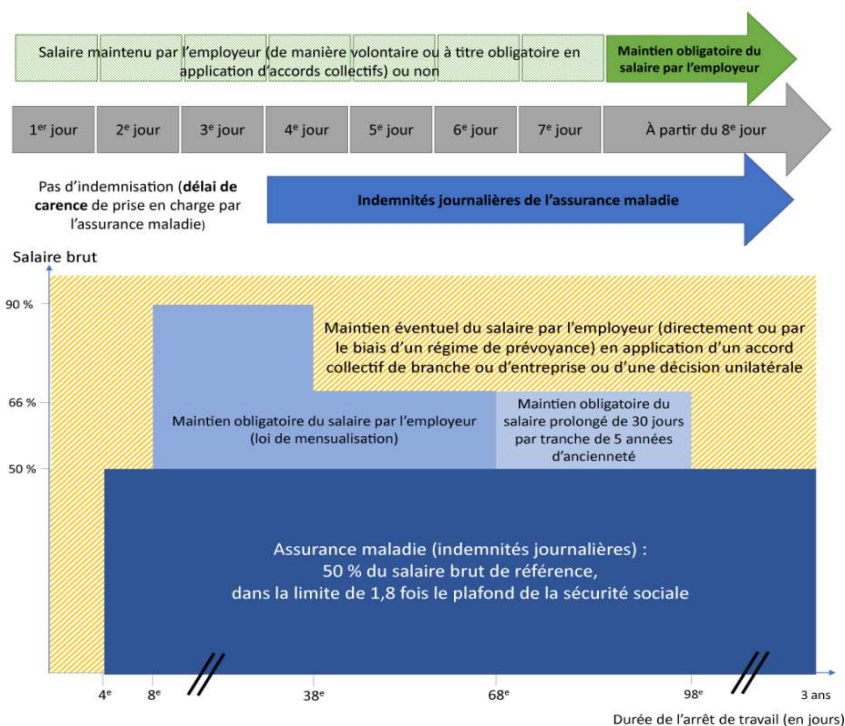
Un débat public équivoque sur le sens du délai (ou des délais) de carence

Nombre de publications journalistiques, voire académiques, et parfois le discours politique, manquent de clarifier la polysémie de l'expression « délai de carence », laquelle désigne la période pendant laquelle le *malade* ne perçoit :

- en tant qu'**assuré**, aucune **indemnité** de la part de la branche maladie (trois jours) ;
- en tant que **salarié**, en principe aucun **salaire** (sept jours, mais le contrat ou la convention collective peuvent ou doivent, après un an d'ancienneté, sur le fondement de dispositions législatives ou d'accords nationaux interprofessionnels trop divers pour être rappelés ici, prévoir une compensation, souvent de 90 % puis de 66,7 % selon la durée) ;
- en tant que **fonctionnaire** ou agent public contractuel, aucun **traitement** (un jour).

Les idées de certains membres du Parlement, dont le rapporteur général, ou de syndicats patronaux quant à l'alignement des règles du secteur public sur celles du privé ou à la mise en place d'un délai de carence d'ordre public, sans aucune prise en charge par l'employeur, ont ainsi tout leur intérêt mais ne présentent pas de lien juridique direct avec la loi de financement de la sécurité sociale : elles ne relèvent pas du droit de l'assurance maladie, mais de la fonction publique ou du travail.

RÉPARTITION SIMPLIFIÉE DE LA PRISE EN CHARGE DES ARRÊTS DE TRAVAIL



II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Sans modifier, en ce qui concerne la participation de l'assuré, la distinction entre les véritables ALD ou les affections longues qui sans être des ALD sont d'une certaine gravité et impliquent un traitement long (exonération de ticket modérateur) et les affections longues qui ne sont pas des ALD mais sont qualifiées d'ALD non exonérantes (avec ticket modérateur au taux normal), le Gouvernement propose de supprimer la dérogation selon laquelle les indemnités journalières sont servies sans limite de durée pour les malades dont les affections ne sont pas exonérantes, ce qui revient à leur appliquer la limitation de droit commun, fixée par voie réglementaire à 360 jours par période glissante de trois ans. Selon l'exposé des motifs, est poursuivi un « *objectif de maîtrise des dépenses publiques et de prévention de la désinsertion professionnelle, en recentrant les arrêts longs sur les situations aiguës* ».

• Le **I** de l'**article 29** du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 modifie l'article L. 323-1, précité, du code de la sécurité sociale.

Le **1°** modifie le **1°** de l'article codifié de sorte que le service d'une indemnité journalière sans limitation de durée (soit 1 095 jours sur trois ans) ne soit plus ouvert aux assurés connaissant une affection longue exonérante (qu'il s'agisse d'une vraie ALD ou non) au sens de l'article L. 324-1 du même code mais seulement à ceux qui sont dispensés de ticket modérateur à cause de leur ALD (**3°** de l'article L. 160-14) ou de leur affection suffisamment sévère entraînant un arrêt de plus de six mois (**4°** du même article). Le **2°** en tire les conséquences au **2°** de l'article codifié, si bien que les assurés atteints d'une ALD non exonérante rejoignent le droit commun, avec une limitation à 360 jours par période de trois ans pour leurs indemnités.

Il ressort de l'étude d'impact que le Gouvernement entend aussi modifier l'article R. 323-1 du code de la sécurité sociale pour que les assurés sous le régime de l'ALD non exonérante se voient appliquer un délai de carence classique au titre de chaque arrêt, alors qu'actuellement le délai est levé dès le deuxième congé.

• Le **II** prévoit que les nouvelles dispositions ne concerneront que les arrêts prescrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2026 : les assurés dont l'interruption de travail ou les soins continus ont commencé avant le 31 décembre 2025 selon les règles de l'ALD non exonérante bénéficieront des modalités plus favorables jusqu'à la fin des trois ans suivant la première prescription les intéressant.

• Compte tenu de l'application de la réforme au seul flux des indemnités, les **moindres dépenses** attendues pour la branche maladie devraient monter en charge jusqu'en 2028, avec **100 millions d'euros la première année**, 400 millions d'euros la deuxième puis 600 millions d'euros à partir de la troisième.

*

* *

Article 30

Mise en place d'un cadre de certification et de prise en charge des systèmes d'aide à la décision médicale

Le présent article instaure les modalités de financement par l'assurance maladie des systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) ayant un impact sur les pratiques médicales et, en particulier, contribuant à la satisfaction des objectifs fixés par la convention médicale en termes de pertinence des soins et des prescriptions.

À l'heure actuelle, ces systèmes sont peu régulés et leur modèle économique s'avère fragile. Pourtant, leur performance s'améliore rapidement, notamment avec l'introduction de modules d'intelligence artificielle, de sorte qu'ils peuvent constituer des vecteurs majeurs pour la transformation des pratiques médicales.

Le financement envisagé pourrait être accordé dans le cadre d'un conventionnement entre l'exploitant du SADM et l'assurance maladie. Il reposerait sur un dispositif d'intéressement aux économies permises par l'utilisation du système par les professionnels de santé. Ainsi, ce dispositif serait nécessairement vertueux pour les finances sociales, puisque les exploitants ne pourraient se voir reverser qu'une fraction des économies effectivement constatées.

I. LE DROIT EXISTANT

A. DES ENJEUX MASSIFS DE PERTINENCE POUR LIMITER LES DÉPENSES DE SANTÉ

• Le ministère de la santé définit un soin pertinent comme « *le juste soin (actes, prescriptions, prestations), au bon patient, au bon moment, compte tenu des connaissances scientifiques actuelles* » ⁽¹⁾. Cette pertinence est appréciée en fonction des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes ou, s'agissant des médicaments, de l'indication thérapeutique remboursable (ITR).

L'amélioration de la pertinence revêt un caractère prioritaire pour le bon usage des ressources et le choix du bon soin pour le patient. Avec la régulation tarifaire, c'est l'un des leviers sur lesquels peut s'appuyer l'assurance maladie pour ralentir l'évolution des dépenses de santé en ville. Il est néanmoins beaucoup plus difficile à mettre en œuvre car il suppose une action décentralisée auprès de l'ensemble des professionnels de santé et des patients. Il implique en particulier d'agir sur les prescriptions à l'origine de la « consommation » de différents biens de santé : examens biologiques ou d'imagerie, médicaments et dispositifs médicaux, transports sanitaires en particulier.

• La convention médicale adoptée en juin 2024 identifie plus d'1,14 milliard d'euros d'économies potentielles à l'horizon 2027, liées à une amélioration de la pertinence des soins. Ces économies portent notamment sur :

(1) <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/pertinence-des-soins-10584/pertinence>

– les médicaments : la convention médicale porte l’engagement d’une conformité des prescriptions médicales aux ITR ⁽¹⁾. Il s’agit notamment de réduire les prescriptions de la classe des analogues du GLP-1 ⁽²⁾ dans un contexte où le tiers des remboursements se fait hors ITR. La convention assigne par ailleurs l’objectif d’une réduction de 25 % de la consommation d’antibiotiques d’ici à 2027 ⁽³⁾, à travers un strict respect des recommandations de la HAS, et un principe de sobriété des prescriptions (ordonnances conditionnelles, utilisation préalable de tests rapides d’orientation diagnostique – Trod). Elle donne enfin l’objectif d’une réduction du volume remboursé d’antalgiques de paliers 2 et 3 (à base d’opioïdes), une utilisation raisonnée apparaissant nécessaire au regard des risques d’intoxication et de dépendance.

– les dispositifs médicaux : la convention médicale souligne un mésusage important de plusieurs dispositifs médicaux dits « du quotidien ». Elle formule des objectifs de lutte contre le gaspillage du matériel d’autosurveillance de la glycémie. Elle fixe également des objectifs de réduction de la consommation de pansements dits techniques en post-opératoire, ainsi que d’augmentation du recours aux orthèses d’avancées mandibulaire, à la place de la pression positive continue utilisée par plus de 90 % des patients, pour les traitements des apnées du sommeil.

– les examens de biologie médicale : un récent rapport des inspections générales a souligné le mésusage récurrent de plusieurs examens de biologie ⁽⁴⁾, pratiqués de manière routinière alors qu’ils ne sont indiqués que dans des cas rares et spécifiques. C’est le cas des dosages sanguins en vitamine D, qui correspondent finalement à une indication recommandée par la HAS dans seulement 9 % des occurrences chez les 16-65 ans. C’est aussi le cas des dosages de taux de thyroïdostimuline (TSH) ou des examens cyto bactériologiques des urines (ECBU).

– les transports sanitaires : alors que le coût du transport pour la collectivité varie de 1,4 à 10 selon le mode prescrit, la convention médicale fixe l’objectif de respecter pleinement la règle, figurant à l’article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, de la prescription des modalités les moins onéreuses compatibles avec l’état de santé du patient, en proscrivant toute régulation postérieure.

– les examens d’imagerie médicale : la convention médicale souligne que persistent trop de demandes d’examens inutiles, redondantes ou, à tout le moins,

(1) *La convention médicale rappelle à ce titre la différence entre l’ITR et l’autorisation de mise sur la place d’un produit* : « En vue de son admission au remboursement, le médicament est évalué par la HAS qui se positionne sur l’intérêt thérapeutique du produit au regard des alternatives thérapeutiques et sa place dans la stratégie thérapeutique. On parle d’ITR. Il peut y avoir une différence entre l’AMM d’un produit et ses ITR dès lors que l’évaluation menée par la HAS restreint les indications du produit compte tenu des résultats des études menées et des alternatives. Dans tous les cas, c’est le champ couvert par l’ITR qui donne accès au remboursement et non le champ couvert par l’AMM. »

(2) *Le glucagon-like peptide-1 (GLP 1) est une incréatine, c’est-à-dire une hormone intestinale, sécrétée par les cellules entéro-endocrines situées principalement dans l’iléon et le côlon, mais aussi dans le jéjunum et le duodénum, en réponse à un repas. Le GLP-1 fait partie des hormones de satiété.*

(3) *En 2021, la France était encore au cinquième rang continental en matière de consommation d’antibiotiques avec une utilisation de 30 % supérieure à la moyenne européenne.*

(4) *Pertinence et efficacité des dépenses de biologie médicale, Igas/IGF, mai 2025.*

évitables. On observe une tendance des généralistes à prescrire en première ligne des examens qui n'apparaissent pas toujours nécessaires à ce stade. En outre, certains actes sont prescrits de manière récurrente, par exemple en cas de gonalgies, de cervicalgies ou encore de lombalgies, en dehors des recommandations de la HAS.

B. L'APPORT POTENTIEL DES LOGICIELS D'AIDE À LA PRESCRIPTION ET DES SYSTÈMES D'AIDE À LA DÉCISION MÉDICALE

- Depuis plusieurs années, l'assurance maladie déploie différents leviers pour accompagner les médecins dans la pertinence de leurs prescriptions : campagnes de communication, actions d'information (*via* des courriers et courriers électroniques), mise à disposition de supports pédagogiques numériques, voire échanges plus personnels (visites des délégués de l'assurance maladie, échanges confraternels, accompagnement des praticiens récemment installés).

Par ailleurs, en lois de financement de la sécurité sociale pour 2024 et 2025 ⁽¹⁾, un dispositif contraignant a été voté pour garantir une prescription des produits de santé, actes, examens et transports les plus coûteux effectuée conformément aux recommandations ou aux ITR. En vertu de ce dispositif, le patient ne peut obtenir le remboursement du soin concerné que si le prescripteur lui a fourni un formulaire attestant cette conformité.

- Cependant, les enjeux de pertinence supposent que les professionnels de santé et les établissements puissent recourir à des outils de soutien à la décision robustes, actualisés sur le plan des connaissances médicales et des recommandations de bonne pratique, et interopérables avec les différents logiciels métiers. En cela, les logiciels d'aide à la prescription (LAP) et, plus encore, les systèmes d'aide à la décision médicale présentent un potentiel important d'amélioration de la pertinence des soins.

- Les logiciels d'aide à la prescription comportent au moins une fonction permettant d'élaborer et d'éditer les prescriptions médicales. Pour être intégrés dans les logiciels hospitaliers ou des médecins de ville, ils doivent être certifiés par la Haute Autorité de santé, conformément au II de l'article **L. 161-38 du code de la sécurité sociale**.

Cet article autorise la certification des LAP « *ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique* », notamment en intégrant « *les recommandations et avis médico-techniques identifiés par la HAS* », en permettant « *de prescrire directement et en dénomination commune internationale* », en affichant le prix des produits de santé et le montant total, en informant les professionnels « *des conditions spécifiques de prescription ou de prise en charge* », etc.

(1) Article 73 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 (création du dispositif pour les produits de santé) et article 41 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 (extension aux autres actes et prestations remboursés et aux transports sanitaires).

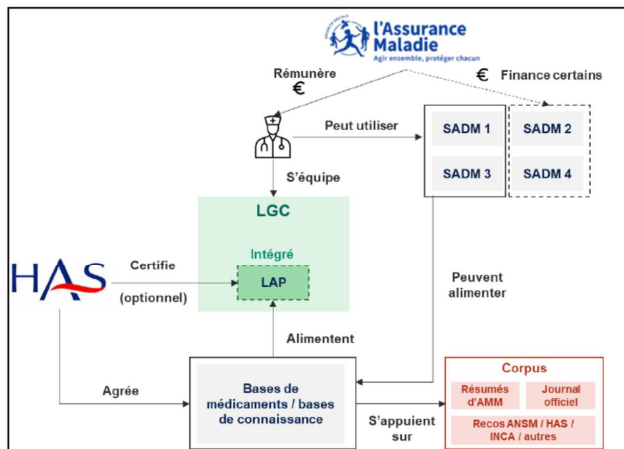
L'assurance maladie peut apporter une aide financière aux médecins conventionnés pour l'acquisition de ces LAP certifiés, dans le cadre de la dotation numérique (Donum) qui leur est versée chaque année, en fonction des résultats obtenus à différents indicateurs.

Cependant, l'annexe n° 9 au présent projet de loi relève que ces logiciels, désormais déployés chez la majeure partie des médecins de ville, « *n'ont pas démontré de gain en termes d'efficience ou de pertinence* ».

• Les systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) sont « *des outils informatiques capables de traiter l'ensemble des caractéristiques d'un patient donné afin de générer les diagnostics probables de son état clinique (aide au diagnostic) ou les traitements qui lui seraient adaptés (aide à la thérapeutique)* » ⁽¹⁾.

Ils recouvrent un ensemble d'outils variés, plus ou moins complexes, indépendants des logiciels d'aide à la prescription et majoritairement disponibles gratuitement en ligne. L'annexe précitée souligne la fragmentation, le manque de régulation et la fragilité économique du secteur des SADM, alors qu'aucun mécanisme pérenne de financement ou de certification ne permet de soutenir les outils susceptibles d'avoir un impact sur les pratiques médicales.

RÔLE DE L'ASSURANCE MALADIE ET DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ CONCERNANT LES LAP ET LES SADM EN 2025



LGC : logiciel de gestion de cabinet ; AMM : autorisation de mise sur le marché ; ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ; INCa : Institut national du cancer

Source : Cnam

Le rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie pour 2026 ⁽²⁾ souligne cependant que le développement de ces outils numériques « *constitue un vecteur essentiel de transformation des pratiques pour accompagner les objectifs de*

(1) Systèmes informatiques d'aide à la décision en médecine : panorama des approches utilisant les données et les connaissances, Brigitte Séroussi, Jacques Bouaud, Pratique Neurologique - FMC, 2014.

(2) Rapport sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026, Cnam, juillet 2025.

meilleure qualité, de pertinence et de plus grande sobriété de la prescription », d'autant que « les dernières versions des outils disponibles sur le marché comprennent désormais des modules d'intelligence artificielle (IA) les rendant beaucoup plus performants et adaptés à la situation clinique de chaque patient ».

II. LE DROIT PROPOSÉ

Le présent article prévoit une modalité de financement par l'assurance maladie des systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) qui contribuent à améliorer la pertinence des prescriptions, des actes et des soins par les professionnels de santé.

● À cette fin, il introduit un nouvel article **L. 162-1-25** au sein du **code de la sécurité sociale**. Cet article dispose qu'une convention entre le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'exploitant d'un SADM peut prévoir un financement de l'assurance maladie à ce système dès lors que sont remplies les conditions suivantes :

– le système bénéficie du marquage « CE », préalablement à sa mise sur le marché, qui garantit sa conformité aux exigences générales du règlement européen sur les dispositifs médicaux ⁽¹⁾ ainsi que du règlement européen sur l'intelligence artificielle ⁽²⁾, en termes de sécurité et de performance ;

– le respect des articles L. 1470-5 et L. 1470-6 du code de la santé publique, lesquels définissent la conformité aux référentiels applicables aux services numériques en santé. En revanche, le SADM n'a pas nécessairement besoin d'être certifié en application de l'article L. 161-38 précité, ce qui signifie qu'il ne s'agit pas forcément d'un LAP certifié par la HAS ;

– une participation à l'amélioration de la pertinence des prescriptions et des soins, appréciée au moyen des « *évaluations disponibles* » et des « *comparateurs pertinents* », conformément à objectifs fixés par arrêté, lesquels ont vocation à reprendre largement ceux énoncés par la convention médicale de juin 2024.

L'annexe 9 précise que, pour être éligibles, les systèmes devront être fortement intégrés aux logiciels médicaux et garantir leur disponibilité – ce qui implique l'absence de désactivation possible –, tout en apportant ergonomie et confort décisionnel aux médecins.

● Le financement prévu dans le cadre de cette contractualisation repose sur un intéressement de l'exploitant du système aux économies que génère son utilisation pour la sécurité sociale. Un décret en Conseil d'État doit venir préciser les modalités d'application de ce dispositif.

(1) Règlement UE 2017/745 du 5 avril 2017.

(2) Règlement (UE) 2024/1689 du 13 juin 2024.

L'annexe 9 détaille néanmoins le mécanisme envisagé, qui s'étale sur trois ans. La première année, l'exploitant bénéficie d'un forfait de démarrage ; il s'engage à collecter les données d'usage nécessaires à l'évaluation médico-économique et des objectifs d'efficience fixés par la convention, tandis que la Cnam commence à évaluer l'impact du système. La deuxième année, si les résultats sont concluants, la Cnam établit un tarif conditionnel fondé sur une part des économies nettes constatées, dont elle déduit le forfait de démarrage précédemment versé. La troisième et dernière année, ce tarif est modulé selon les évolutions constatées.

L'annexe estime le montant du forfait de démarrage à environ 500 000 euros par an. Par ailleurs, en se fondant sur les économies visées par la convention médicale, à hauteur de 190 millions d'euros par an sur une période de six ans, elle estime que les SADM permettraient d'atteindre 30% de ces économies la première année, 40 % la deuxième et 50 % la troisième. Dès 2026, ils pourraient ainsi générer des économies (appréciées de manière très approximative) à hauteur de 18,5 millions d'euros. En 2027, ce gain serait porté à 51 millions d'euros, dont 1 million d'euros reversés aux exploitants en guise d'intéressement.

*

* *

Article 31

Systématiser l'utilisation de Mon espace santé par les professionnels de santé

Le présent article vise à accélérer et pérenniser la montée en charge du dossier médical partagé (DMP) dans la pratique quotidienne des professionnels de santé, dans le but d'améliorer la coordination des soins et de renforcer la pertinence des actes et prescriptions.

Les professionnels de santé ont déjà l'obligation d'alimenter systématiquement le DMP de leurs patients. Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a cherché à imposer la consultation préalable du DMP pour certaines prescriptions onéreuses ou à risque de mésusage important. Cependant, ces impératifs restent souvent lettre morte, faute de dispositif de contrôle opérant et dans un contexte où les moyens techniques nécessaires à leur mise en œuvre sont parfois défailants ou, à tout le moins, insuffisants.

Le présent article instaure des dispositifs de contrôle du respect de l'obligation d'alimentation du DMP par les professionnels de santé mais aussi par les structures qui les emploient. Par ailleurs, il prévoit un nouveau dispositif de contrôle statistique pour les prescriptions onéreuses. Ces mesures entreront en vigueur en 2027, le temps de permettre les adaptations techniques nécessaires dans les DMP et les logiciels des professionnels de santé, des établissements et de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LA LENTE MONTÉE EN CHARGE DU DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

Le dossier médical partagé (DMP) est un carnet de santé numérique sécurisé déployé par l'assurance maladie et rassemblant les données de santé d'un patient. Il peut être ouvert par tout assuré social, qui accède à ses informations en ligne, *via* l'interface Mon Espace Santé.

1. Des débuts chaotiques avec le dossier médical personnel

Cette évolution a connu une mise en œuvre lente et difficile. Les débuts remontent à la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ⁽¹⁾ qui a instauré le dossier médical personnel afin de permettre aux professionnels de santé d'accéder en ligne à l'ensemble des données médicales d'un patient, et de faciliter coordination et échanges d'informations afin d'éviter les répétitions d'exams et de prescriptions.

Si l'intention est louable, de nombreuses difficultés techniques et juridiques en perturbent le déploiement. En 2013, la Cour des comptes estime le coût total du dispositif à près de 210 millions d'euros en 2011, voire 500 millions d'euros si l'on prend en compte toutes les dépenses induites, notamment les investissements dans

(1) [*Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.*](#)

les systèmes d'information des hôpitaux ⁽¹⁾. Le déploiement du dossier médical personnel est finalement suspendu à l'automne 2012.

2. L'intégration du dossier médical partagé dans l'espace numérique en santé

Le projet est relancé avec la loi de modernisation de la sante de 2016 ⁽²⁾. Il devient alors le dossier médical partagé. Sa conception et sa mise en œuvre sont confiées à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam).

La loi dite « OTSS » ⁽³⁾ insère le DMP dans le projet global d'espace numérique en santé (Mon Espace Santé), interface destinée aux assurés et comprenant un profil médical où l'utilisateur peut insérer ses informations personnelles ainsi qu'une messagerie sécurisée.

Le dossier médical partagé est prévu à l'article **L. 1111-14 du code de la santé publique**, qui dispose que la création de l'espace numérique en santé (ENS) emporte celle d'un DMP pour chaque assuré. Selon l'article L. 1111-13-1, tout assuré conserve cependant la possibilité de s'opposer à l'ouverture automatique de son ENS. S'il fait ce choix, il n'a, par voie de conséquence, pas non plus de DMP.

3. Une montée en charge encore inachevée

« Mon espace santé » a été ouvert à tous les assurés à compter du 1^{er} janvier 2022. Il englobe les anciens DMP créés antérieurement et induit l'ouverture automatique, sauf opposition, du DMP de tous les assurés qui n'en disposaient pas.

D'après les statistiques du Gouvernement ⁽⁴⁾, en août 2025, 97 % des assurés sociaux disposaient d'un DMP. En décembre 2024, plus d'un document de santé sur deux se trouvait dessus, l'évolution du nombre de documents suivant celle du nombre de DMP ouverts.

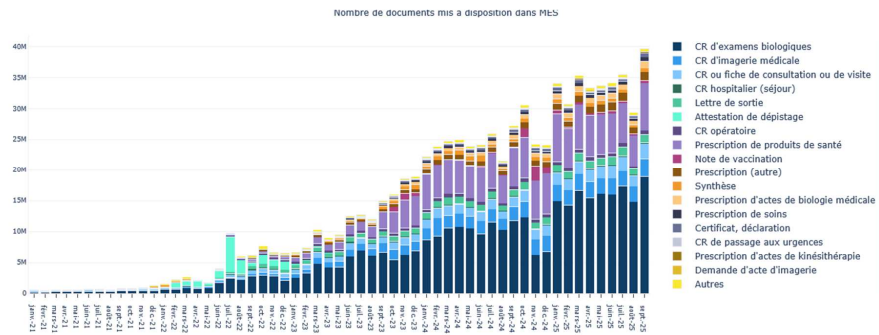
(1) « Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place », *Cour des comptes*, février 2013.

(2) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

(3) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

(4) <https://esante.gouv.fr/segur/transparence>

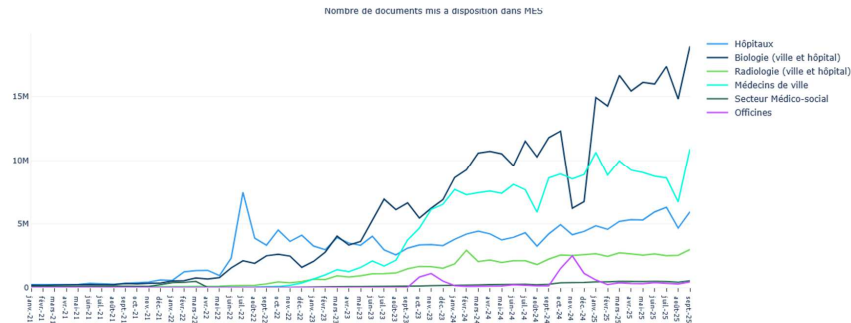
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE DOCUMENTS MIS À DISPOSITION DANS MON ESPACE SANTÉ
PAR TYPE DE DOCUMENT



Cette dynamique de croissance se vérifie dans l'ensemble des secteurs, bien que l'hôpital et la radiologie apparaissent quelque peu en retrait.

Pour la radiologie, cela s'explique notamment par le fait que les fonctionnalités du DMP ne permettent pas encore d'intégrer les images des examens.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE DOCUMENTS MIS À DISPOSITION DANS MON ESPACE SANTÉ
PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ



B. LA LOI PRÉVOIT DÉJÀ DES OBLIGATIONS D'ALIMENTATION ET DE
CONSULTATION DU DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

1. Les professionnels de santé sont tenus d'alimenter le dossier médical
partagé des patients

L'accès au conventionnement implique théoriquement, pour les professionnels de santé, un engagement à alimenter et consulter le DMP des patients, comme en dispose l'article L. 1111-14, en vertu duquel « l'adhésion aux

conventions nationales (...) et son maintien sont subordonnés à la consultation et à la mise à jour » du DMP. Cette mesure, introduite par la loi du 23 juillet 2009 ⁽¹⁾, est cependant longtemps restée lettre morte, faute d'outil opérationnel.

En outre, l'article L. 1111-15 impose en principe à chaque professionnel de santé, « *quels que soient son mode et son lieu d'exercice* », de renseigner « *les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne* » dans le DMP à l'issue de chaque acte ou consultation.

L'annexe 9 au présent projet de loi souligne que « *l'obligation prévue à l'article L. 1111-15 (...) demeure trop peu appliquée, faute de mécanismes de contrôle et de sanctions* ». Or, pour assurer la cohérence du parcours de soins et lutter contre les actes inutiles et redondants, « *le carnet de santé numérique des patients doit être complet* », raison pour laquelle « *il est essentiel de passer de 50 % à 100 % des données clés versées systématiquement à l'issue de la prise en charge* ».

L'annexe précitée admet cependant que « *cela implique des changements logiciels, culturels et parfois organisationnels importants* ». À l'heure actuelle, seuls un peu plus de 70 % des logiciels métier, mis à jour dans le cadre du Ségur numérique, permettraient d'envoyer systématiquement les données de santé pertinentes dans le DMP.

2. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a cherché à systématiser la consultation du dossier médical partagé avant certaines prescriptions

Pour une plus grande pertinence des prescriptions de certains actes ou prestations représentant un coût élevé pour la sécurité sociale, et pour lesquels des mésusages importants sont constatés, l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a introduit un dispositif spécifique d'« accompagnement à la prescription » ⁽²⁾. Codifié à l'article **L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale**, il constitue l'extension d'un mécanisme similaire prévu, en loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, sur le champ des produits de santé.

Concrètement, le dispositif prévoit que la prise en charge par l'assurance maladie de certains actes ou prestations définis par arrêté peut être soumise à la présentation d'un formulaire, délivré par le prescripteur, certifiant que sa prescription « *respecte les indications ouvrant droit au remboursement* » et qu'il a préalablement « *consulté le dossier médical partagé du patient* ». Il s'agissait ainsi de contrer la pratique des actes ou examens inutiles ou redondants qui représenteraient, d'après l'annexe 9 au présent projet de loi, 15 % à 40 % des prescriptions d'imagerie médicale.

(1) Article 50 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(2) Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

L'annexe souligne néanmoins que « *cette mesure est soit inopérante, parce que non vérifiée et non appliquée par les prescripteurs, soit trop coûteuse à mettre en œuvre, du fait de la nécessaire mise en place du téléservice de production de la preuve de consultation* » du DMP et du système de vérification de ces preuves.

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. INSTAURER UN RÉGIME DE SANCTIONS FINANCIÈRES POUR DÉFAUT D'ALIMENTATION DU DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

Le **I** du présent article vise à systématiser l'alimentation du DMP par les professionnels de santé qui interviennent dans le parcours de soin d'un patient, à l'hôpital comme en ville. À cette fin, il prévoit un dispositif de contrôle global assorti de pénalités financières. Ce dispositif, qui doit entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} mars 2027 (*cf.* **IV**) vise à la fois les professionnels dans leur pratique individuelle et les structures, qui ont la responsabilité de se doter de l'organisation et de l'infrastructure nécessaires à leurs personnels.

- Le 1^o complète l'article **L. 1111-5 du code de la santé publique** pour assigner explicitement cette responsabilité à ces structures. Il dispose que « *tout établissement, service ou organisme, ou toute autre personne morale assurant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, doit mettre en place les mesures matérielles, organisationnelles et d'information des professionnels* » visant à assurer le respect de l'obligation d'alimentation du DMP.

- Le 2^o introduit trois nouveaux articles dans le code de la santé publique.

L'article **L. 1111-15-1** instaure un mécanisme de sanction pour défaut d'alimentation du DMP à l'égard des professionnels de santé. Ce manquement sera constaté par la direction de la caisse primaire d'assurance maladie, à partir « *de seuils de report définis par activité* ». Après avoir permis au professionnel concerné de présenter ses observations, le dispositif prévoit une pénalité financière d'un montant maximal de 2 500 euros par manquement constaté et de 10 000 euros par an. L'annexe n° 9 précitée précise la procédure, que détaillera un décret en Conseil d'État (*cf.* 3°). Une vérification des niveaux d'alimentation des DMP par chaque professionnel sera effectuée plusieurs fois par an, par exemple tous les trois mois. Lorsqu'elle fera apparaître un défaut d'alimentation au regard de l'activité du professionnel, ce dernier en sera informé. La sanction sera appliquée après deux séries de trois mois consécutives confirmant le défaut d'alimentation.

L'article **L. 1111-15-2** instaure un mécanisme similaire à destination des structures qui emploient des professionnels de santé. Lorsqu'elles n'ont pas mis en œuvre les mesures décrites ci-avant permettant l'alimentation du DMP par les professionnels qui exercent en leur sein, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie pourra, de la même manière, appliquer une pénalité plafonnée cette fois à 25 000 euros par manquement constaté et 100 000 euros par an.

L'annexe n° 9 précise que les structures concernées sont notamment les établissements de santé, les centres d'imagerie, les laboratoires de biologie médicale ou encore les centres de santé. Le décret en Conseil d'État fixera un barème de sanctions en fonction du domaine et du volume d'activité. À cet égard, le rapporteur général estime que la sanction maximale envisagée ne serait peut-être pas très dissuasive pour un gros établissement comme un centre hospitalier universitaire. La fréquence de vérification des niveaux d'alimentation sera trimestrielle et un défaut d'alimentation enclenchera un contrôle. La sanction interviendra si le constat du manquement n'est pas suivi de l'adoption de mesures concrètes pour y remédier.

L'article **L. 1111-15-3** prévoit enfin les modalités de recouvrement de ces pénalités qui sont affectées à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les structures et professionnels sanctionnés disposent d'un droit de recours devant le tribunal judiciaire.

B. INSTAURER UN RÉGIME DE SANCTIONS FINANCIÈRES POUR DÉFAUT DE CONSULTATION DU DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ AVANT CERTAINES PRESCRIPTIONS

Le **II** du présent article substitue au dispositif voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, précité, un nouveau mécanisme de vérification des niveaux de consultation du DMP par les professionnels de santé en amont de la prescription de certains actes ou prestations coûteux ou à risque de mésusage.

● Le 2° inscrit ce mécanisme au sein d'un nouvel article **L. 162-1-7-6 du code de la sécurité sociale**. Il prévoit l'obligation, pour un prescripteur, de consulter le DMP du patient préalablement à la prescription de produits de santé, d'actes ou de transports listés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Cette obligation est imposée dans la limite des règles de consentement pour l'accès aux DMP des patients figurant aux articles L. 1111-16 à L. 1111-18 du code de la santé publique. Le professionnel ne pourra donc pas être sanctionné lorsque le patient se serait opposé à ce qu'il accède à son DMP.

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie pourra, sur la base des informations communiquées par la Cnam, appliquer une pénalité financière aux professionnels qui ne respectent pas cette obligation. Cette pénalité sera d'un montant maximal de 2 500 euros par manquement constaté, sans pouvoir excéder 10 000 euros par année, selon des conditions définies par décret en Conseil d'État. Les modalités de recouvrement, d'affectation et de recours sont les mêmes que celles susmentionnées.

Le **III** rend le dispositif applicable à Mayotte.

● L'annexe 9 au présent projet de loi précise que la mise en place de ce dispositif, qui doit entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2027 (*cf.* **IV**), nécessitera la mise au point préalable de deux systèmes :

– l'un visant à créer une incitation à la consultation du DMP dans les logiciels métiers des professionnels de santé ;

– l'autre permettant un contrôle statistique *a posteriori* des prescriptions, destiné à vérifier qu'en moyenne, le volume de prescriptions d'actes coûteux par un professionnel correspond à une activité minimale de consultation des DMP de ses patients.

L'annexe précise que, d'ici 2027, le déploiement des logiciels référencés Ségur devrait permettre « *un accès en consultation simple et fluide à l'historique médical des patients dans les logiciels métier des professionnels qui réalisent la plupart des prescriptions, en médecine de ville ou en établissement de santé* », rendant ainsi le présent article pleinement applicable.

Le rapporteur général estime qu'il sera impératif que ce dispositif soit également appliqué dans les établissements de santé. Les examens demandés de manière redondante le sont, en effet, surtout dans des grands établissements, qui ne consultent pas le DMP ou insistent tout de même pour refaire ces examens. Or, le dispositif de l'article L. 162-1-7-6, tel qu'il est envisagé, semble ne pas envisager la responsabilité des établissements. Il y a là une lacune à laquelle il importera de remédier.

*

* *

Article 32

Lutter contre le gaspillage des produits de santé

Cet article propose deux mesures limitant le gaspillage de produits de santé. D'une part, il autorise, à titre expérimental, les établissements de santé à re-dispenser des médicaments non utilisés. D'autre part, il permet la cession à titre gracieux des produits du stock sanitaire de l'État qui arrivent à péremption à des établissements de santé ou à des collectivités territoriales.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LA LUTTE CONTRE LE GASPILLAGE DES PRODUITS DE SANTÉ EST UNE NÉCESSITÉ FINANCIÈRE, ENVIRONNEMENTALE ET SANITAIRE

1. Un coût non négligeable

En 2025, les produits de santé financés par les sous-objectifs des soins de ville et des établissements de santé représentent une dépense de **42,2 milliards d'euros** nets de remises et de clauses de sauvegarde, soit près de 16 % de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) prévisionnel total ⁽¹⁾.

La Cour des comptes, dans un rapport publié en septembre 2025 ⁽²⁾, relève que la progression des dépenses de médicaments a été plus importante en établissements de santé qu'en ville, en lien avec l'augmentation des dépenses prises en charge au titre de la liste en sus ⁽³⁾. Celle-ci s'explique notamment par l'inscription de médicaments anti-cancéreux, dont les prix sont très élevés et dont l'accès pour les patients a été facilité depuis la réforme relative aux dispositifs d'accès précoce et d'accès compassionnel ⁽⁴⁾.

Au regard du coût important qu'engendrent les produits de santé pour la sécurité sociale, la question de leur bon usage revêt une importance majeure. En particulier, la problématique du « gaspillage » apparaît centrale, sans que son coût puisse être estimé avec précision. La Cour des comptes relève néanmoins que le volume de médicaments jetés, après avoir été délivrés en ville et collectés par l'éco-organisme Cyclamed, représentait 8 503 tonnes en 2023, pour un gisement potentiel de 11 951 tonnes. La valorisation financière de ces volumes peut être estimée, selon la Cour des comptes, entre 0,56 et 1,7 milliard d'euros annuels.

(1) Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, avis n°2025-1 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), 15 avril 2025.

(2) Cour des comptes, Le bon usage des produits de santé, septembre 2025.

(3) Au sein des établissements de santé, la liste en sus permet la prise en charge par l'assurance maladie de spécialités pharmaceutiques, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant.

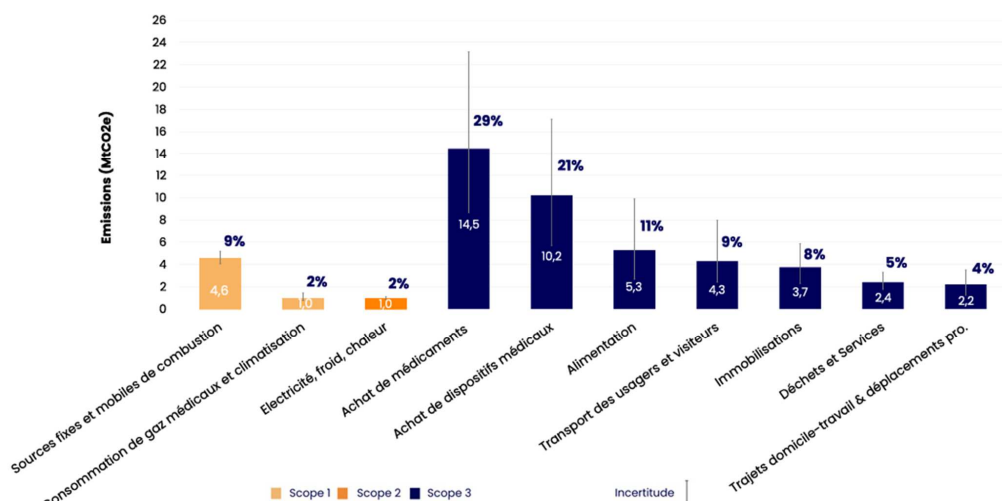
(4) Article 78 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

2. Des enjeux environnementaux grandissants

Le gaspillage des produits de santé, outre son coût pour la sécurité sociale, présente également des enjeux écologiques.

L’empreinte carbone du secteur de la santé est estimée entre 40 et 60 millions de mégatonnes de CO₂ par an, soit entre 6,6 % et 10 % des émissions totales de gaz à effet de serre (GES) de la France ⁽¹⁾. La feuille de route « Planification écologique du système de santé », publiée en décembre 2023, souligne que le secteur sanitaire et médico-social « doit faire sa part dans la nécessaire baisse des émissions de gaz à effet de serre de 5 % par an jusqu’en 2050 », et qu’il a également « un rôle majeur à jouer dans la maîtrise de son impact en matière de biodiversité, d’épuisement des ressources naturelles et d’accès à l’eau douce, ou encore de dégradation et de pollutions des milieux naturels ».

RÉPARTITION DES ÉMISSIONS DE GAZ À EFFET DE SERRE
DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ



Source : The Shift Project, Décarbonons la santé pour soigner durablement, 5 avril 2023

Or, les produits de santé, c’est-à-dire les médicaments et les dispositifs médicaux, représentent 50 % des émissions de GES du secteur de la santé. Cette estimation correspond à la somme des coûts carbone associés à la recherche et développement, à la production et au conditionnement, à la distribution, à la promotion, à l’utilisation ou encore à la destruction en fin de vie ⁽²⁾. En outre, on observe une pollution croissante des milieux naturels du fait de la présence de résidus issus du médicament dans les eaux souterraines et de surface.

(1) The Shift Project, Décarbonons la santé pour soigner durablement, 5 avril 2023.

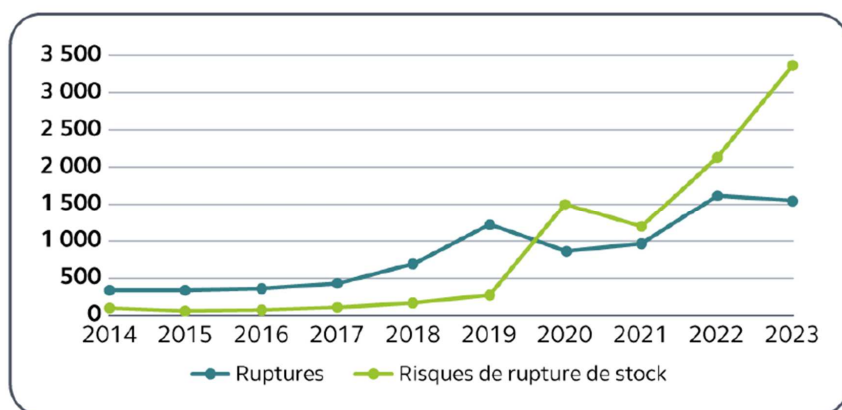
(2) The Shift Project, op. cit.

La Cour des comptes note ainsi que « *la maîtrise des volumes de médicaments consommés en France constitue [...] un enjeu environnemental à plusieurs titres tant au regard des objectifs d'atténuation des émissions de gaz à effet de serre, que de pression sur les milieux* » ⁽¹⁾.

3. Une gestion des stocks de plus en plus stratégique d'un point de vue sanitaire

Depuis la crise du covid-19, on observe une croissance du nombre et de l'intensité des ruptures ou tensions d'approvisionnement en produits de santé. Cette situation s'explique par l'augmentation continue de la demande mondiale et par les tensions qu'elle entraîne sur la chaîne de production, sous l'effet du vieillissement de la population et d'une demande plus dynamique dans certaines zones géographiques (Chine, Inde, Asie-Pacifique).

NOMBRE ET NATURE DES DÉCLARATIONS DE RUPTURE DE STOCK ET DE RISQUES DE RUPTURE DE STOCK PAR LES LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES ENTRE 2014 ET 2023



Source : Cour des comptes, Le bon usage des produits de santé, septembre 2025, d'après données de l'ANSM.

Selon la Cour des comptes, « *la rareté de certains produits rend donc stratégique la maîtrise des volumes consommés pour prévenir les épisodes de tension* » ⁽²⁾.

B. LES LEVIERS IDENTIFIÉS POUR LUTTER CONTRE LE GASPILLAGE DES PRODUITS DE SANTÉ

Depuis plusieurs années, différents leviers sont activés pour limiter le gaspillage des produits de santé : mise en place d'une filière de collecte et de recyclage, sensibilisation et responsabilité des prescripteurs pour réduire les phénomènes de sur-prescription ou de mésusage, optimisation des achats et de la

(1) Cour des comptes, Le bon usage des produits de santé, septembre 2025.

(2) Ibid.

gestion des stocks de produits de santé, remise en état et réutilisation des dispositifs médicaux, sensibilisation du grand public. Le présent article répond à deux des obstacles identifiés à la réduction du volume de produits de santé non utilisés, et donc détruits.

1. La re-dispensation des médicaments non utilisés

La re-dispensation de médicaments non utilisés (MNU) constitue une mesure prometteuse et ambitieuse pour limiter leur destruction. À compter des années 1970, ils ont fait l'objet de collectes à vocation humanitaire pour les pays en développement ou faisant face à des situations de conflit armé. Toutefois, les effets néfastes de la redistribution humanitaire ont été démontrés en 1999 par l'Organisation mondiale de la santé : inadaptation aux besoins de la population bénéficiaire, qualité des médicaments non garantie, interférence avec les politiques pharmaceutiques locales, risques de détournements. En conséquence, à compter du 1^{er} janvier 2009, cette pratique a été interdite par la loi française ⁽¹⁾.

Aujourd'hui, l'article L. 4211-2 du code de la santé publique impose aux pharmacies de collecter les médicaments non utilisés apportés par les particuliers afin qu'ils soient détruits dans des conditions sécurisées. Surtout, il est précisé que « toute distribution et toute mise à disposition des médicaments non utilisés sont interdites ». L'article L. 4212-7 du même code sanctionne, à ce titre, le fait de distribuer ou de mettre à disposition du public des médicaments à usage humain collectés auprès du public et non utilisés de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Différents travaux européens et américains tendent toutefois à montrer l'intérêt du réemploi des MNU. L'étude d'impact associée à l'article 32 ⁽²⁾ fait ainsi référence à plusieurs études européennes ⁽³⁾ ayant mis en évidence l'intérêt d'une récupération des médicaments non utilisés par les patients pour une re-dispensation, notamment en ce qui concerne les anti-cancéreux. En effet, environ un tiers des patients atteints d'un cancer interrompraient prématurément leur traitement oral en raison des effets secondaires, d'une progression de la maladie ou d'un défaut d'observance. En conséquence, l'étude d'impact souligne que « les pertes financières associées aux médicaments non utilisés pourraient être réduites, en particulier pour les médicaments coûteux et pour lesquels les modifications ou interruptions de traitements sont fréquentes ».

(1) Loi n° 2008-337 du 15 avril 2008 ratifiant l'ordonnance n° 2007-613 du 26 avril 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament.

(2) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, Annexe 9, Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi.*

(3) Voir notamment Elisabeth M. Smale, Bart J. F. van den Bemt, Eibert R. Heerdink, et al., « Cost Savings and Waste Reduction Through Redispersing Unused Oral Anticancer Drugs: The ROAD Study » JAMA Oncol. 2024 ; David McRae, Mark Allman, Delyth James, « The redistribution of medicines: could it become a reality? », Int J Pharm Pract, décembre. 2016 ; Michael Lam, Timothée Olivier, Alyson Haslam, Jordan Tuia, Vinay Prasad, « Cost of Drug Wastage From Dose Modification and Discontinuation of Oral Anticancer Drugs », JAMA Oncol. 2023.

La re-dispensation des MNU se heurte néanmoins à des impératifs de sécurité sanitaire pour les patients : une fois sortis du circuit pharmaceutique, la qualité de ces produits ne peut plus être garantie en termes de stockage, d'intégrité ou de conditions de transport. Aussi, si la pratique doit être envisagée, elle doit également être encadrée.

2. La cession de produits de santé issus du stock sanitaire d'État à des entités publiques

La cession de produits de santé issus du stock sanitaire d'État et proches de leur date de péremption permettrait également d'éviter leur destruction et engendrerait des économies pour les entités publiques bénéficiaires.

L'étude d'impact indique qu'à la suite de la crise du covid-19, le stock sanitaire d'État a été renforcé dans l'éventualité d'une nouvelle pandémie, en particulier en ce qui concerne les masques. Ce niveau de stock doit être entretenu, ce qui implique des achats réguliers pour remplacer les lots arrivés à péremption. En parallèle, des entités publiques, et notamment les établissements de santé, achètent et consomment des masques sanitaires en quantité importante. Dès lors, une gestion dynamique pourrait être mise en place : lorsque les masques du stock sanitaire d'État s'approchent de leur date de péremption, ils pourraient être cédés, à titre gracieux, à des établissements de santé au lieu d'être détruits.

Or, à l'heure actuelle, le principe d'inaliénabilité du domaine mobilier de l'État, prévu à l'article L. 3211-18 du code général de la propriété des personnes publiques, interdit toute cession à titre gratuit ou à un prix inférieur à la valeur vénale. Différentes dérogations sont mentionnées à l'article L. 3212-2 du même code, mais aucune ne correspond à la situation. L'article L. 1413-4 du code de la santé publique relatif à la gestion du stock sanitaire d'État par l'agence nationale de santé publique autorise la distribution des produits de santé en vue de « la protection de la population face aux menaces sanitaires graves ». En dehors de ces temps de crise, la mise à disposition des produits du stock sanitaire d'État se limite à des dons à des associations humanitaires ou à des pays étrangers au titre de l'action diplomatique, sans que ces cessions ne permettent d'éviter la destruction de l'important volume de produits arrivant à péremption annuellement.

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. AUTORISER LA RE-DISPENSATION DE CERTAINS MÉDICAMENTS NON UTILISÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le I de l'article 32 autorise, à titre expérimental, la re-dispensation de certains médicaments non utilisés. L'étude d'impact indique que l'expérimentation a vocation à « tester le dispositif, qui pourrait être source d'économies substantielles pour l'assurance maladie, tout en prévenant tout risque de falsification, de trafic ou d'abus ».

● Le **A** du **I** limite la durée de cette expérimentation à trois ans. Il précise que seuls les établissements de santé désignés par un arrêté du ministre de la santé pourront y prendre part.

● Le **B** prévoit que les pharmacies à usage intérieur de ces établissements de santé assurent un conditionnement et des contrôles adaptés aux médicaments collectés en vue de leur re-dispensation, conformément aux bonnes pratiques fixées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ou par arrêté du ministre chargé de la santé ⁽¹⁾.

Le **B** précise également que la nouvelle dispensation d'un MNU ne peut intervenir que si les patients recevant initialement le traitement concerné ont été préalablement informés des modalités de la re-dispensation et ne s'y sont pas expressément opposés.

● Le **C** prévoit la remise d'un rapport d'évaluation du Gouvernement au Parlement au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation afin de déterminer l'opportunité et les conditions de sa pérennisation et de son extension. À cet égard, l'étude d'impact souligne que « le rapport coût-bénéfice entre destruction et re-dispensation [...] n'est probablement favorable que sous certaines conditions précises », et notamment le coût et la forme de la spécialité re-dispensée.

● Enfin, le **D** prescrit qu'un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application de cette expérimentation, et notamment :

– les médicaments relevant de la liste de rétrocession ⁽²⁾ autorisés à être re-dispensés ;

– les conditions de conditionnement, de collecte, et de nouvelle dispensation de ces médicaments ;

– les modalités d'information et d'opposition des patients ;

– les obligations en matière de sécurité et de contrôle de ces médicaments applicables dans le cadre de leur nouvelle dispensation ;

– la méthodologie de l'expérimentation, ses objectifs et les modalités de sa conduite et de la rédaction du rapport d'évaluation.

L'étude d'impact a estimé l'économie potentielle qui pourrait résulter de cette expérimentation à **0,15 million d'euros par an**, sur la base de 1 500 patients et de 800 euros d'économie par patient et par an.

(1) Ces bonnes pratiques sont notamment prévues à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique.

(2) Prévue à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, la liste de rétrocession correspond à la liste des médicaments que les pharmacies hospitalières sont autorisées à dispenser à des patients non hospitalisés, par dérogation ou en complément du circuit habituel des pharmacies d'officine.

B. OPTIMISER LA GESTION DU STOCK SANITAIRE DE L'ÉTAT

● Le **II** de l'article 32 insère une nouvelle dérogation au principe d'inaliénabilité du domaine mobilier de l'État au sein de la liste figurant à l'article L. 3212-2 du code général de la propriété des personnes publiques.

Ainsi, la cession, à titre gracieux, des « produits nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves acquis par l'Agence nationale de santé publique » est autorisée au bénéfice :

- des établissements publics de santé ou médico-sociaux ;
- des établissements publics de l'État ;
- des collectivités territoriales, de leurs groupements ou de leurs établissements publics ;
- de catégories d'organismes ou de structures chargés d'une mission de service public figurant sur une liste déterminée par décret.

La valeur unitaire de ces produits ne doit pas excéder un seuil prévu par décret. Le bénéficiaire de cette cession ne peut céder, à titre onéreux, les produits alloués, sous peine d'être exclu du dispositif.

● Le **III** procède à une coordination au sein de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique afin d'ajouter la cession des produits du stock sanitaire de l'État aux missions confiées à l'Agence nationale de santé publique au titre de sa gestion.

L'estimation de l'économie générée par ce dispositif présentée dans l'étude d'impact a été calculée pour les seuls masques sanitaires, à l'exclusion des autres produits du stock sanitaire de l'État. Or, les achats de masques n'ayant pas été lissés sur la période 2020-2025, le rendement du déstockage ne sera pas linéaire sur la période 2025-2029, mais fonction du volume de masques arrivant à péremption, c'est-à-dire au cours de la cinquième année suivant leur achat. En 2026, l'économie serait de l'ordre d'un million d'euros. En revanche, la gestion dynamique du stock devrait permettre une économie annuelle de 40 millions d'euros à compter de 2029. En outre, si d'autres produits du stock sanitaire de l'État (autres équipements de protection individuelle, médicaments, dispositifs médicaux d'usage courtant) faisaient également l'objet de cessions régulières aux établissements publics de santé, le montant de l'économie annuelle pourrait être accru.

*

* *

Article 33

Améliorer la pénétration des biosimilaires et des génériques en ville

L'article étend le principe de « tiers payant contre génériques » aux médicaments biosimilaires et « hybrides » substituables.

Parallèlement, il vise à accélérer l'entrée en application du tarif de remboursement ajusté pour les groupes de génériques et hybrides dès la première année qui suit la publication du prix du premier générique du groupe.

Enfin, il étend l'application du dispositif du tarif de remboursement ajusté aux médicaments biosimilaires à compter du 1^{er} septembre 2026 et facilite la prescription de médicaments biosimilaires en supprimant l'obligation de mentionner le nom de marque dans l'ordonnance de prescription.

I. LES SPÉCIALITÉS GÉNÉRIQUES ET BIOSIMILAIRES : UNE SOURCE SUBSTANTIELLE D'ÉCONOMIES DANS UN CONTEXTE DE HAUSSE DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS

A. LES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS SONT EN FORTE AUGMENTATION DEPUIS LA CRISE DE LA COVID-19

● Une comptabilité exhaustive des dépenses de médicaments en France est difficile à établir dans la mesure où celles-ci agrègent différents instruments de dépenses imputables tant aux dépenses de la médecine de ville que de la médecine hospitalière.

S'agissant des dépenses de médicaments à l'hôpital – qui représentent environ un tiers de la dépense totale – celles-ci sont obtenues par l'agrégation de trois enveloppes :

– les dépenses de médicaments dits « en rétrocession » ⁽¹⁾, qui représentent 2,2 milliards d'euros en 2024 ⁽²⁾ ;

– les dépenses de médicaments intégrées dans la part de financement relevant de la « tarification à l'activité » (dites « intra-GHS »), qui représentent 5,3 milliards d'euros en 2024 ⁽³⁾ ;

– les dépenses relevant de l'enveloppe dite « de la liste en sus », qui a pour objet de financer des biens de santé coûteux et présentant un caractère d'innovation dont le montant consolidé est de 9,4 milliards d'euros en 2024 ⁽⁴⁾.

(1) Les médicaments délivrés « en rétrocession » recouvrent l'ensemble des molécules délivrées par une pharmacie hospitalière aux patients non hospitalisés.

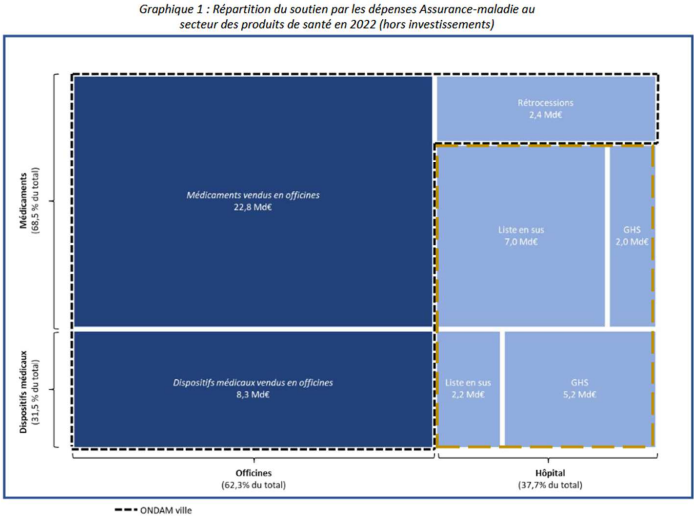
(2) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Les dépenses de santé en 2024 : les biens médicaux », p. 87, 30 septembre 2024.

(3) Idem, p. 88. Le montant indiqué est brut et n'intègre donc pas les remises négociées entre les industriels et les pouvoirs publics.

(4) Idem, p. 88. Le montant indiqué est brut et n'intègre donc pas les remises négociées entre les industriels et les pouvoirs publics.

S’agissant des dépenses de médicaments délivrés en ville – qui représentent environ les deux tiers de la dépense totale – celles-ci sont intégrées au sein de l’ensemble « Dépenses de médicaments en ambulatoire », soit 29,7 milliards d’euros pour l’année 2024 ⁽¹⁾.

RETRACER LES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS EN FRANCE, UN EXERCICE COMPTABLE COMPLEXE : L’EXEMPLE DE LA RÉPARTITION DES DÉPENSES EN 2022



Sources : Comptes de la sécurité sociale, balances comptables à M15 des établissements publics de santé, direction de la sécurité sociale.

Source : Mission de régulation des produits de santé, « Pour un new deal garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé », Agnès Audier, Claire Biot, Frédéric Collet, Anne-Aurélien Epis de Fleurian, Magali Leo, Mathilde Lignot-Leloup, août 2023, p. 12,

● Si l’on retient le périmètre comptable de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM), la dépense totale de médicaments en France en ambulatoire est estimée à hauteur 34,5 milliards d’euros en 2024 ⁽²⁾, soit 13,5 % de la dépense totale. Celle-ci augmente très fortement depuis 2021, de 7,4 % par an en moyenne.

(1) Idem, p. 87. Le montant indiqué est brut et n’intègre donc pas les remises négociées entre les industriels et les pouvoirs publics.

(2) Idem, p. 87. Cette statistique intègre le montant des remises produits pour les seuls médicaments dispensés hors hospitalisation.

UN DYNAMISME DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS EN FRANCE

Tableau 1 Consommation de médicaments en ambulatoire et autres rémunérations des pharmaciens

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Ensemble (en millions d'euros)	31 640	29 613	30 622	32 179	32 719	34 503
Dépenses de médicaments	31 640	29 613	30 373	31 951	32 492	34 236
Médicaments remboursables	29 434	29 794	31 078	33 112	34 842	36 478
dont délivrés en ville avec prescription	26 674	27 543	24 383	26 443	28 253	29 700
dont délivrés en ville sans prescription	nd	nd	234	270	264	268
dont honoraires de dispensation en ville	nd	nd	3 930	4 077	4 116	4 234
dont délivrés à l'hôpital (rétrocédés)	2 760	2 251	2 532	2 322	2 208	2 275
Médicaments non remboursables	2 856	2 311	2 355	2 598	2 652	2 771
Remises conventionnelles	-650	-2 493	-3 061	-3 759	-5 002	-5 013
Rémunérations forfaitaires et actes des pharmaciens	nd	nd	249	227	227	267
Rémunérations forfaitaires des pharmaciens	nd	nd	248	226	223	256
Actes des pharmaciens	nd	nd	1	2	4	10
Évolution (en %)	1,2	-2,8	3,4	5,1	1,7	5,5
dont volume (en %)	6,3	4,4	7,0	8,8	6,6	7,3
dont prix (en %)	-4,8	-6,9	-3,4	-3,4	-4,6	-1,7

nd : non disponible.

Note > Avant 2021, les dépenses liées aux rémunérations forfaitaires et aux actes des pharmaciens ainsi qu'aux médicaments remboursables délivrés sans prescription et aux honoraires de dispensation sont incluses dans l'estimation des dépenses de médicaments remboursables délivrés en pharmacie avec prescription. Les remises conventionnelles ne tiennent pas compte des versements des laboratoires à l'Assurance maladie au titre de la clause de sauvegarde, conformément aux recommandations du System of Health Accounts.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix.

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Les dépenses de santé en 2024 : les biens médicaux », 30 septembre 2024, p. 87. Cette statistique intègre le montant des remises produits pour les seuls médicaments dispensés hors-hospitalisation. Elle n'intègre donc pas les dépenses relevant de la « liste en sus » et du financement dit « intra-GHS ».

• Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette croissance dynamique, dont le rythme est supérieur à l'évolution moyenne du PIB sur la période (3,05 % par an en moyenne) ainsi qu'à celle des dépenses de santé (entre 3 et 4 % par an, en moyenne depuis 2022) ⁽¹⁾.

En premier lieu, un « effet de structure », la consommation de thérapeutiques – particulièrement dans les pays développés – évoluant dans le sens d'une préférence pour des molécules innovantes, plus coûteuses ⁽²⁾. Ce dernier, s'est d'ailleurs renforcé en 2023 et 2024 au point d'expliquer près de 80 % de la croissance du chiffre d'affaires hors taxes généré par la vente de médicaments en officine en 2024 ⁽³⁾.

Parallèlement, bien que de façon plus marginale, persiste un « effet volume » à raison de facteurs épidémiologiques favorables au développement de maladies chroniques au sein d'une population vieillissante. La part imputable à cet « effet boîtes » dans le rythme moyen de croissance du chiffre d'affaires hors taxes généré par la vente de médicaments en officine de ville était de 1,5 % sur la période 2021-2024 ⁽⁴⁾.

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Les dépenses de santé en 2024 : les biens médicaux », p.22, 30 septembre 2024.

(2) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, résultats 2024, précisions 2025, « Le marché du médicament en 2024 », p. 112, 24 juin 2025.

(3) Idem.

(4) Idem.

B. UNE PÉNÉTRATION DES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES SOURCE D'ÉCONOMIES POUR L'ASSURANCE MALADIE

1. Les différentes spécialités pharmaceutiques et leurs propriétés

● Le marché du médicament est composé de différentes spécialités thérapeutiques, chaque spécialité étant utilisée dans le cadre d'indications spécifiées dans l'autorisation de mise sur le marché. Ces spécialités diffèrent entre elles aussi bien en termes de régime de propriété intellectuelle applicable que de conditions de prescription ou de mécanisme d'encadrement de leurs prix.

Pour les médicaments relevant de la catégorie des « formes chimiques »⁽¹⁾, c'est-à-dire n'étant pas produits dans les mêmes conditions que des médicaments biologiques, on retrouve :

– les « spécialités de référence » (dites « princeps »), définies comme un ensemble de spécialités qui ont bénéficié de l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché dans les conditions de droit commun et dont le dossier comportait, à lui seul « l'ensemble des données nécessaires et suffisantes [...] pour son évaluation »⁽²⁾ ;

– les « spécialités génériques » qui sont définies, aux termes de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, comme des spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principe actif que la spécialité de référence, une même forme pharmaceutique et des propriétés de bioéquivalence identiques⁽³⁾ ;

– les « spécialités hybrides », enfin, qui ne répondent ni à la définition de « spécialité de référence » ni à la définition de « spécialité générique » et dont l'autorisation de mise sur le marché « repose au moins pour partie sur les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés »⁽⁴⁾.

● Au-delà de ces aspects de définition, les principales différences entre les spécialités de référence et les spécialités génériques ou hybrides sont de trois principaux ordres.

D'une part, en termes de propriété intellectuelle, les spécialités de référence sont protégées par le droit commun des brevets, toute commercialisation d'une spécialité générique ne pouvant intervenir, sauf accord du détenteur de la spécialité

(1) Maurice-Pierre Planel, « Médicaments : À quel prix ? », p. 19, Hygée Éditions, juin 2024.

(2) Article L. 5121-1 du code de la santé publique.

(3) La bioéquivalence peut se définir comme le fait pour un médicament générique d'avoir une quantité de principe actif disponible dans le sang équivalente à celle d'un médicament princeps et dont la vitesse de propagation est identique. Source : Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des familles, « Glossaire : Bioéquivalence », lien URL <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/bioequivalence>

(4) 5° du c de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

de référence, qu'à l'expiration des droits, il est alors indiqué que « le brevet tombe » ⁽¹⁾.

En termes de durée, la protection permise par ce mécanisme de brevet préserve, en moyenne, la spécialité de référence pendant une durée de huit ans après l'autorisation de mise sur le marché ⁽²⁾.

S'agissant de la deuxième différence, le prix des deux catégories de spécialité diffère sensiblement, le prix d'une spécialité générique étant, en moyenne, inférieur de 40 % à celui de sa spécialité de référence ⁽³⁾.

Enfin, les conditions de prescription des différentes spécialités diffèrent. Ainsi la prescription d'un médicament générique doit notamment, dans le cas d'une prescription médicale, inclure la « dénomination commune internationale » c'est-à-dire le nom scientifique du médicament – en l'espèce de la spécialité de référence – commun à l'ensemble des professionnels, partout dans le monde ⁽⁴⁾.

Parallèlement, un médecin peut – dans les conditions prévues par le règlement – décider de s'opposer à la possibilité pour un pharmacien de substituer à une spécialité de référence son générique. Les motifs de ce refus visent principalement à préserver la santé des patients, comme dans le cas de l'existence d'une contre-indication en rapport avec un excipient présent dans une spécialité générique ⁽⁵⁾.

● En termes de volumes consommés, les médicaments génériques représentent 44 % des boîtes vendues et 54 % des médicaments délivrés en établissements de santé en 2024 ⁽⁶⁾.

En valeur, **les dépenses de remboursement des médicaments génériques atteignent 4,3 milliards d'euros**, soit 16,2 % de la valeur totale des dépenses de médicaments. Il est à relever, néanmoins, que cette proportion est en diminution du fait notamment de l'entrée sur le marché de médicaments innovants et coûteux ⁽⁷⁾.

(1) Article L. 5121-10, alinéa 3, du code de la santé publique.

(2) Direction générale du trésor, « Trésor-Éco : Quelle politique pour poursuivre la diffusion de médicaments génériques ? », n° 199, p. 2, juin 2017. Le différentiel entre la durée légale de protection de la propriété intellectuelle prévue par les articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle (vingt ans dans le cas d'un dépôt de brevet) et la durée effective de protection au moment du dépôt de la demande d'AMM s'explique principalement par la durée de l'étude clinique pré-AMM estimée à une dizaine d'années.

(3) Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, Annexe 1 : maladie, « Objectif n° 5 : Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses », p. 182, 24 juin 2025.

(4) Article L. 5121-1-2 du code de la santé publique.

(5) Les situations permettant de fonder un refus de substitution sont listées par l'arrêté du 31 janvier 2023 pris en application de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

(6) Caisse nationale de l'assurance maladie, « Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », p. 139, juillet 2025.

(7) Idem.

2. Une pénétration des spécialités génériques facilitée par l'action des pouvoirs publics au moyen de dispositifs incitatifs

- L'essor de la consommation de médicaments génériques a été fortement soutenu par les pouvoirs publics principalement dans un souci de régulation budgétaire.

Pour rappel, la hausse d'un point du « taux de substitution » des médicaments génériques représentait, en 2019, une économie théorique moyenne de 17 millions d'euros pour l'assurance maladie ⁽¹⁾.

- Le premier levier utilisé à cette fin est d'ordre conventionnel, l'accord-cadre conclu avec Les Entreprises du médicament (Leem) créant un système de « double décote » à compter de la commercialisation du premier médicament générique du groupe. Le médicament générique voit alors son prix fixé à un niveau inférieur à 60 % à celui de la spécialité de référence, lui-même diminué de 20 % par rapport à son prix antérieur ⁽²⁾.

- Le deuxième levier renvoie au dispositif de tiers payant contre générique qui dispense d'avance de frais les assurés qui acceptent la délivrance d'une spécialité générique en lieu et place du médicament princeps ⁽³⁾.

(1) Rapport n° 1336 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, Tome II, Commentaires d'articles et annexes, par M. Olivier Véran, rapporteur général, p. 344, 17 octobre 2018.

(2) Une décote similaire, de l'ordre de 40 %, est appliquée s'agissant des médicaments délivrés en rétrocession ou financés au moyen de la liste en sus. Source : accord-cadre du 5 mars 2021 entre le Comité économique des produits de santé et Les Entreprises du médicament modifié par les avenants des 6 avril et 21 juillet 2022, 20 juin et 27 juillet 2024. Prorogé par l'avenant du 29 février 2024 et du 4 mars 2025.

(3) Article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale.

« Tiers payant contre générique » : une mesure incitative destinée aux assurés

Le dispositif « tiers payant contre générique » a été généralisé à partir de 2012 afin d'inciter les assurés à la délivrance de médicaments génériques.

En l'état de rédaction de l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale, le mécanisme prévoit la dispense de l'avance de frais – donc l'application du mécanisme de tiers payant prévu par l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale – aux assurés qui acceptent « la délivrance d'un médicament générique » en lieu et place de la « spécialité de référence » appartenant au même groupe ⁽¹⁾.

Cette mesure est applicable sauf :

- dans les cas où le prix du médicament générique commercialisé est supérieur ou égal à celui du princeps ;
- si la substitution peut poser des difficultés à l'état de santé du patient, cette condition étant appréciée au moyen de la présence de la mention « non substituable » sur l'ordonnance du patient ⁽²⁾ ;
- si la « spécialité générique » appartient à un « groupe générique » pour lequel la « spécialité de référence » se serait vu appliquer le « tarif de remboursement ajusté » prévu par l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale ⁽³⁾.

(1) Article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale.

(2) Dans les conditions prévues à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique. La mention « non substituable » est expresse et peut être réalisée par le biais d'un outil informatique ou, à défaut, sous forme manuscrite. En cas de refus de substitution à raison de l'âge du patient, la mention utilisée est alors « EFG ». Lorsque ce refus est fondé sur la base de l'existence d'une contre-indication, la mention « CIF » est utilisée.

(3) Idem.

● La création du tarif de remboursement ajusté par la loi de financement pour la sécurité sociale de 2019 a également incité au développement des génériques en jouant sur l'effet lié au reste à charge des assurés ⁽¹⁾.

En effet, le dispositif permet, pour un même groupe générique ou hybride, d'encadrer – à compter de deux ans après la publication du prix de la première spécialité générique du groupe – la base de remboursement de l'assuré par le régime général d'assurance maladie en fixant pour plafond : « la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides » ⁽²⁾. En d'autres termes, l'assuré est incité à choisir la « spécialité générique » au détriment de la « spécialité de référence », afin de ne pas augmenter la part des dépenses de santé restant à sa charge.

Si des exceptions à cet encadrement de la base de remboursement sont prévues, cette incitation produit un double effet, d'une part sur le taux de substitution

(1) Article 66 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(2) Alinéa 6 du III de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale.

(effet volume) et d'autre part sur le prix de la « spécialité de référence » concernée par ce tarif (effet prix) ⁽¹⁾.

L'accord-cadre signé entre le Leem et le Comité économique des produits de santé (Ceps) prévoit également une possibilité – toutefois fortement encadrée – d'appliquer un tarif forfaitaire de responsabilité en cas d'absence d'atteinte d'objectifs de pénétration en médicaments génériques ⁽²⁾.

INDICATEURS DE TAUX DE PÉNÉTRATION DE MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES ET BIOSIMILAIRES SUIVANT LES PÉRIODES DE COMMERCIALISATION

Période de commercialisation	Taux de pénétration (en volume)
12 mois	60%
18 mois	65%
24 mois	70%

Note : Le tableau permet d'indiquer que le Ceps est en droit de proposer l'application d'un tarif forfaitaire de responsabilité si le taux de pénétration d'une spécialité générique donnée demeure inférieur à 60 % à compter d'une période de commercialisation de douze mois.

Source : Accord-cadre du 5 mars 2021 entre le Ceps et les entreprises du médicament modifié par les avenants des 6 avril et 21 juillet 2022, 20 juin et 27 juillet 2024, article 24, a).

● Parallèlement, la création du répertoire des médicaments génériques, en 1998 et dont la gestion a été confiée à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ⁽³⁾ a permis d'améliorer la connaissance des professionnels relativement aux génériques existants ⁽⁴⁾.

● Dans le champ conventionnel, des incitations financières – ouvertes aux médecins et aux pharmaciens – ont également été mises en place afin d'inciter à la prescription de médicaments génériques. Celles-ci ont souvent pris la forme d'une pondération des indicateurs influençant la « rémunération pour objectif de santé publique » (ROSP) ⁽⁵⁾. Pour les pharmaciens, l'article II de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie prévoyait ainsi que la ROSP spécifique à la profession était constituée à partir de quatre indicateurs ayant trait au niveau de prescription des génériques ⁽⁶⁾.

(1) Notamment dans les cas où le prescripteur a explicitement exclu la substitution d'une spécialité générique ou hybride sur justification médicale ou lorsque les spécialités de référence qui seraient concernées par une éventuelle substitution sont remboursées sur la base d'un tarif forfaitaire.

(2) Accord-cadre du 5 mars 2021 entre le Ceps et les entreprises du médicament modifié par les avenants des 6 avril et 21 juillet 2022, 20 juin et 27 juillet 2024, article 24, a).

(3) Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, « Les médicaments génériques : des médicaments à part entière », p. 5, décembre 2012.

(4) Rapport n° 1336 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, Tome II, Commentaires d'articles et annexes, par M. Olivier Véran, rapporteur général, p. 346, 17 octobre 2018.

(5) Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie, Annexe, article II, B », p. 35.

(6) Parmi les indicateurs on retrouve un « indicateur socle » déterminé à partir du taux de substitution de spécialités génériques pour toutes les molécules appartenant au répertoire. Le taux moyen cible envisagé était de 85 %.

Enfin, s'agissant des médecins libéraux, la convention nationale de 2016 organisant les rapports entre médecins libéraux et l'assurance maladie prévoyait, en son article 27, que la rémunération sur objectifs de santé publique était déterminée notamment en fonction d'indicateurs de prescription de spécialités génériques ⁽¹⁾. La nouvelle convention, pleinement applicable à compter du 1^{er} janvier 2026, ne reprend, en revanche, pas de mesure d'incitation spécifique aux spécialités génériques.

3. L'enjeu du développement des biosimilaires dans le contexte d'une mutation de la production médicamenteuse

- Un médicament biologique est, aux termes du 14^o de l'article L. 5121- 1 du code de la santé publique, un médicament dont la substance active « est produite à partir d'une source biologique ou en est extraite et dont la caractérisation et la détermination de la qualité nécessitent une combinaison d'essais physiques, chimiques et biologiques ainsi que la connaissance de son procédé de fabrication et de son contrôle » ⁽²⁾.

À la différence des processus de fabrication de synthèse réalisés sur la base de composés chimiques, la production biologique médicamenteuse est fondée sur une approche moins aléatoire, « *plus rationnelle des médicaments, reposant sur la compréhension d'un processus biologique* » ⁽³⁾.

Leur développement a notamment été porté par la découverte de techniques dites de « recombinaison génétique », consistant à utiliser les capacités de répllication des êtres vivants dans une perspective de production industrielle ⁽⁴⁾.

En termes cliniques, les médicaments biologiques sont principalement utilisés pour un nombre restreint de patients, en comparaison des formes chimiques (ils sont « *niche-busters* ») ⁽⁵⁾. Le traitement des maladies orphelines ou de certains types de cancers constituent les principales applications cliniques de ces traitements.

- La part de marché occupée par les médicaments biologiques est en forte hausse depuis une quinzaine d'années. Ainsi, les biomédicaments représentaient 26 % des dépenses pharmaceutiques mondiales en 2020 ⁽⁶⁾ et près de 59 % des

(1) Article 27 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, dans sa version issue de l'arrêté de 1er août 2018. Voici un exemple d'indicateur : « Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques ».

(2) Article L. 5121-1 du code de la santé publique.

(3) Conseil d'analyse économique, Les notes du CAE : « Innovation pharmaceutique : comment combler le retard français ? », n° 62, Margaret Kyle & Anne Perrot, p. 2, janvier 2021.

(4) Les Entreprises du médicament, « Innovation & santé : les biomédicaments, une nouvelle génération de traitements », 5 mai 2011.

(5) Idem, p. 2.

(6) Mission de régulation des produits de santé, « Pour un new deal garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé », Agnès Audier, Claire Biot, Frédéric Collet, Anne-Aurélien Epis de Fleurian, Magali Leo, Mathilde Lignot-Leloup, p. 12, août 2023.

molécules en développement en 2023 appartenait à cette catégorie ⁽¹⁾. À ce développement est venu logiquement se superposer celui de molécules dites biosimilaires.

Comme pour les médicaments génériques les molécules dites biosimilaires constituent des dérivés des médicaments biologiques en ce qu'elles présentent une « composition qualitative et quantitative en substance active de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence » ⁽²⁾.

Elles se différencient toutefois des spécialités chimiques en raison « de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication » ⁽³⁾. Le recours croissant aux biosimilaires poursuivait donc des objectifs d'économies, une molécule biosimilaire étant, en moyenne, 30 % moins chère que le médicament biologique de référence ⁽⁴⁾.

(1) Agence de l'innovation en santé, « Biomédicaments et bioproduction : photographie 2023 en France et en Europe ».

(2) a du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

(3) Idem. Les différences susmentionnées sont notamment appréciées au moyen de données précliniques et cliniques supplémentaires.

(4) Assurance maladie, « Enjeux autour des médicaments », 30 juillet 2025.

Le développement des médicaments biosimilaires : un rappel des mesures incitatives

Sur le modèle des mesures existantes pour les médicaments génériques, des mesures favorables à la dispensation de molécules biosimilaires ont été mises en œuvre par les pouvoirs publics :

– l'article 27 *bis* de la convention du 20 octobre 2016 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie intégrait des indicateurs liés à la prescription de médicaments biosimilaires dans son mécanisme d'intéressement ⁽¹⁾ ;

– l'avenant 1 à la convention nationale du 9 mars 2022 organisant les rapports entre les pharmaciens d'officine et l'assurance maladie a également permis d'intégrer des indicateurs relatifs à la prescription de médicaments biosimilaires et « hybrides » ⁽²⁾ ;

– l'article 54 de la loi n° 2023-1250 de financement de la sécurité sociale pour 2024 et l'article 77 de la loi n° 2025-199 de financement de la sécurité pour 2025, ont parallèlement assoupli le cadre de substitution des médicaments biosimilaires en permettant, sous conditions, au ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale d'autoriser la substitution de biosimilaires qui n'auraient pas été inscrits sur la liste prévue à cet effet ⁽³⁾ ;

– enfin, des mesures relatives aux montants des marges et des remises ont également été prises. Ainsi, un arrêté visant à égaliser les marges de distribution entre princeps et spécialités hybrides et biosimilaires substituables a été pris afin de prévenir les distorsions ⁽⁴⁾. De même, un arrêté du 6 août 2025 a permis de renforcer les dispositions applicables au taux maximal de remises commerciales sur les spécialités hybrides et biosimilaires substituables ⁽⁵⁾.

(1) Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

(2) Arrêté du 5 juillet 2024 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale du 9 mars 2022 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie, article 1^{er} de l'avenant.

(3) Article L. 5125-23-2 du code de la santé publique. Le médicament biosimilaire qui n'a pas été inscrit sur la liste des groupes biologiques similaires substituables dont la composition est déterminée par arrêté pris après avis de l'ANSM peut être inscrit de façon dérogatoire à compter de l'expiration d'un délai d'un an après son inscription sur la liste des produits et prestations pouvant être délivrés en ville. L'ANSM peut s'opposer de façon expresse à son inscription sur la liste des groupes biologiques substituables.

(4) Arrêté du 5 juillet 2024 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif au prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu.

(5) Arrêté du 4 août 2025 fixant les plafonds de remises, ristournes et autres avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature prévus à l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale.

III. UN CADRE DE PRESCRIPTION ET DE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES ET BIOSIMILAIRES QUI NE PERMET PAS UNE PLEINE PÉNÉTRATION DE CES SPÉCIALITÉS SUR LE MARCHÉ DU MÉDICAMENT

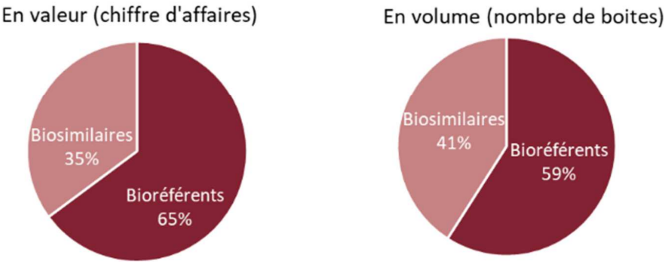
A. DES FREINS MULTIPLES À LA COMMERCIALISATION DE MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES ET BIOSIMILAIRES DEMEURENT

1. Le constat d'une trop faible pénétration des médicaments biosimilaires et, en comparaison des voisins européens, des génériques

● En dépit de mesures législatives et conventionnelles fortes, la part de marché des médicaments biosimilaires demeure encore trop faible. Si une croissance de la part des volumes dans le total des ventes est observée, celle-ci demeure lente en comparaison de la dynamique globale des dépenses de médicaments.

UNE PART DES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES DE 6 POINTS PLUS FAIBLE EN VALEUR PAR RAPPORT AU VOLUME

Graphique 3 – Part de marché des médicaments biosimilaires en officine en 2024



Note : données liées au chiffre d'affaires hors taxes des médicaments biologiques dispensés en officine.

UN TAUX DE PÉNÉTRATION DES GÉNÉRIQUES EN LENTE AUGMENTATION

Graphique 2 – Taux de pénétration des génériques depuis 2016



Note : le taux de pénétration est déterminé sur la base des données relevant du marché officinal.

• De même et si le taux de pénétration des « médicaments génériques » semble plus « satisfaisant » ⁽¹⁾, il demeure bien plus faible que celui des pays européens comparables. En 2022, la part de médicaments génériques en vente représentait 75 % du marché en volume aux Pays-Bas et 62 % au Royaume-Uni, contre seulement 52 % en France ⁽²⁾.

2. Des freins à lever : les conditions de substitution et de mise en œuvre des baisses de prix

• Un des principaux facteurs à l'origine de cette faible pénétration des médicaments biosimilaires et du ralentissement de celle des médicaments génériques réside dans les conditions de prescription et, dans une moindre mesure, dans les conditions de mise sur le marché.

En effet, pour ce qui relève des médicaments génériques la Cnam indiquait que l'apposition régulière par les prescripteurs de la mention « non substituable » sur l'ordonnance de la spécialité de référence réduisait les économies effectives pour l'assurance maladie à hauteur de 104 millions d'euros ⁽³⁾.

Plus largement, il est également à relever que les mécanismes d'incitation au moyen des rémunérations pour objectifs de santé publique (ROSP) ne produisent pas pleinement leurs effets sur les conditions de prescription et de substitution. À cet

(1) Rapport Pour un « new deal » garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé, Agnès Audier, Claire Biot, Frédéric Collet, Anne-Aurélië Epis de Fleurian, Magali Leo, Mathilde Lignot Leloup, p. 77, août 2023.

(2) Drees, « Les dépenses de santé en 2022 », p. 223, 20 septembre 2023.

(3) Rapport n° 1336 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019, Tome II, commentaires d'articles et annexes, par M. Olivier Véran, rapporteur général, p.349, 17 octobre 2018.

égard, la Cour des comptes a relevé que seule la moitié des médecins libéraux conventionnés bénéficiait de ces mécanismes d'intéressement ⁽¹⁾. Il est d'ailleurs probable qu'une grande partie de cette rémunération sur objectifs soit décorrélée des indicateurs relatifs à la prescription de médicaments biosimilaires ou génériques ⁽²⁾.

Enfin, pour les médicaments biosimilaires, leurs conditions particulières de prescription peuvent désinciter à la substitution. L'ordonnance doit ainsi indiquer pour une même molécule appartenant à un groupe biosimilaire :

– la dénomination commune internationale, c'est-à-dire le nom de la substance active de référence ;

– le nom de marque de la molécule (ou « nom de fantaisie ») qui correspond au nom de la marque déposée du médicament « biologique » de référence.

Cette apposition supplémentaire du nom de marque, par rapport au système existant pour les médicaments génériques ⁽³⁾, est de nature à favoriser, aussi bien pour les prescripteurs que pour les patients, la préférence pour la spécialité biologique de référence, freinant ainsi la pénétration des médicaments biosimilaires.

• De façon parallèle et dans une mesure qu'il est difficile à quantifier, le développement de molécules substituables est freiné par des pratiques de protection de l'innovation mises en œuvre par certains industriels.

Justifiées à raison de l'importance des coûts de production – estimés à 30 % des revenus générés en moyenne pour les biothérapies ⁽⁴⁾ – et de l'horizon d'investissement nécessaires au développement de biomolécules, ces pratiques visent à retarder l'entrée sur le marché de molécules concurrentes moins coûteuses.

Elles peuvent consister en une multiplication des brevets sur des pans précis du processus de production ou encore dans la limitation du nombre de licences d'exploitation accordées ⁽⁵⁾.

Plus spécifiquement, sur la question des biosimilaires, l'assurance maladie a relevé des pratiques d'extension d'indications ou de dépôt de nouveaux brevets

(1) Cour des comptes, « Rapport thématique : le bon usage des produits de santé », p. 10, 5 septembre 2025.

(2) En outre, la part globale de rémunération au titre des ROSP représente moins de 5 % de leur rémunération annuelle totale (4 890 euros au titre de la ROSP et 98 300 euros pour des omnipraticiens libéraux en moyenne quel que soit le secteur d'activité). Source : Drees, *Études et Résultats* n° 1322, « Revenu des médecins libéraux », décembre 2024.

(3) La prescription d'un médicament générique d'une spécialité de référence non biologique doit uniquement mentionner dans l'ordonnance la dénomination commune internationale et non le nom de marque.

(4) Académie nationale de médecine & Académie nationale de pharmacie, « Trop ou pas assez chers : le prix des médicaments en question », séance bi-académique, p. 25, 20 novembre 2024. L'étude mentionnée est celle réalisée par SMART Pharma en septembre 2021 à partir des vingt plus gros laboratoires dans le monde.

(5) Conseil d'analyse économique, Les notes du CAE : « Innovation pharmaceutique : comment combler le retard français ? », n° 62, Margaret Kyle & Anne Perrot, p. 11, janvier 2021.

pour des spécialités de référence dont le brevet arrivait à échéance en 2025 et ce afin de freiner l'introduction de molécules concurrentes ⁽¹⁾.

B. L'ÉTAT DES FINANCES DE LA BRANCHE MALADIE ET LE CONTEXTE ÉCONOMIQUE DU MARCHÉ DU MÉDICAMENT INVITENT À DE NOUVELLES MESURES

- La croissance des dépenses liées aux médicaments biologiques – de l'ordre de 127 % en sept ans ⁽²⁾ – dans un contexte de tensions sur les finances de l'assurance maladie plaide en faveur de mesures incitant à un renforcement de la part des spécialités biosimilaires sur le marché.

De plus s'agissant des médicaments génériques, au-delà du potentiel théorique d'économies pour l'assurance maladie, l'expiration prochaine de multiples brevets de médicaments (*Xtandi*, *Forxiga*) pousse à faciliter, au plus vite, la pénétration des médicaments génériques correspondant, l'écart de prix entre les médicaments princeps et génériques diminuant avec le temps ⁽³⁾.

- Sur le plan de l'approvisionnement, l'augmentation du recours aux médicaments biosimilaires aurait pour également comme effet probable celui de limiter le risque associé aux pénuries de médicaments.

Cette conséquence anticipée par l'assurance maladie, liée à la diversification des fournisseurs et des lieux de production, pourrait néanmoins se heurter à un effet prix défavorable, les risques de pénurie tendant à augmenter à mesure que le prix des molécules diminue ⁽⁴⁾. À cet égard, le rapport du Sénat portant sur ce thème insiste sur le caractère concentré des pénuries sur les médicaments matures – qui représentaient 70 % des déclarations de rupture en 2023 – et sur les médicaments génériques ⁽⁵⁾.

(1) Caisse nationale de l'assurance maladie, « Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », p. 139, juillet 2025.

(2) Idem, p. 136.

(3) Caisse nationale de l'assurance maladie, « Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », p. 143, juillet 2025.

(4) Rapport n° 828 (2022-2023) fait au nom de la commission d'enquête sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique française par Mme Sonia de La Provôté et Mme Laurence Cohen, p. 105, 4 juillet 2023. L'effet prix est concomitant à l'allongement de la maturité du médicament.

(5) Idem, p. 105.

IV. LE DROIT PROPOSÉ : UN APPROFONDISSEMENT DES MESURES D'ÉCONOMIES PAR UNE EXTENSION DES MESURES GÉNÉRIQUES À LA CATÉGORIE DES BIOSIMILAIRES

A. S'AGISSANT DE L'APPLICATION DU TARIF DE REMBOURSEMENT AJUSTÉ

- Le **I** du présent article propose plusieurs modifications de l'état du droit.

Ainsi, le **A** précise, par une modification rédactionnelle, que le périmètre d'application du tarif de remboursement ajusté (TRA) intègre bien l'ensemble des spécialités hybrides ⁽¹⁾.

De façon plus significative, il accélère également l'application dudit tarif à compter d'un an après la publication au *Journal officiel* du prix de la première spécialité générique ou hybride du groupe ⁽²⁾. Pour rappel, le délai prévu, en l'état du droit, est de deux ans.

Sur ce point précis, la rédaction du **B** du **V** prévoit une application du tarif à l'ensemble des spécialités remplissant les critères de publication du prix à compter du 1^{er} septembre 2026 ⁽³⁾.

S'agissant des groupes biosimilaires, le **B** du **I** élargit l'application du tarif de remboursement ajusté à l'ensemble des spécialités appartenant à un groupe « biologique similaire » et figurant sur la liste des groupes « biosimilaires substituables ». Cette seconde condition exclut donc l'application du tarif de remboursement ajusté aux biosimilaires appartenant à un groupe mais dont l'autorisation de substitution aurait été réalisée de façon dérogatoire ⁽⁴⁾.

Par ailleurs, le **B** permet d'assurer que la substitution d'un médicament biologique par un biosimilaire du même groupe est autorisée y compris lorsque l'ordonnance de prescription ne fait pas mention du nom de marque ⁽⁵⁾. Cette mesure vise, aux termes de l'annexe 9 du présent projet de loi de financement, à renforcer « la confiance des patients » et à faciliter la substitution par les pharmaciens des molécules ⁽⁶⁾.

Enfin, le **B** précise également les conditions de mise en œuvre du TRA aux biosimilaires. En premier lieu, il indique la durée à partir de laquelle peut s'appliquer

(1) Article 33 du présent projet de loi (I, A, 1^o et 3^o).

(2) Article 33 du présent projet de loi (I, A, 2^o). Le délai court également à compter la publication du prix de la molécule au Bulletin officiel des produits de santé.

(3) Article 33 (V, A) du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

(4) Dans les conditions prévues au second alinéa du 2^o de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique.

(5) Le 1^o du V dans sa version modifiée par le B du présent article.

(6) Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, Annexe 9 : Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi, p. 269.

le tarif, à savoir à compter de deux ans après la commercialisation du premier biosimilaire du groupe ⁽¹⁾.

Il rappelle enfin les conditions dans lesquelles une dérogation à l'application du TRA est prévue, à savoir les cas dans lesquels un praticien a explicitement exclu la possibilité d'une substitution ⁽²⁾.

Concernant l'entrée en vigueur de l'extension du TRA aux biosimilaires, le B du V du présent article prévoit :

- une entrée en vigueur de droit commun au 1^{er} septembre 2026 ⁽³⁾ ;
- pour les groupes pour lesquels un biosimilaire aurait vu publier son prix avant le 1^{er} septembre 2024, la même disposition est applicable ;
- pour les groupes pour lesquels un biosimilaire verrait son prix publié entre le 1^{er} septembre 2024 et le 31 août 2026, en revanche, le délai de deux ans court dès la date de publication ⁽⁴⁾.

B. S'AGISSANT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA MESURE DE TIERS PAYANT CONTRE BIOSIMILAIRES ET HYBRIDES SUBSTITUABLES

• Le II du présent article élargit son application à l'ensemble des médicaments biosimilaires inscrits sur la liste des groupes biosimilaires substituables ainsi qu'aux hybrides substituables.

De la même manière que pour l'application du TRA, sont exclus du dispositif les biosimilaires pour lesquels la substitution est autorisée dans des conditions dérogatoires.

D'autres exceptions à l'application du tiers payant sont également prévues, identiques à celles existantes pour les génériques :

- lorsque le prix du biosimilaire ou de l'hybride substituable est supérieur ou égal à celui du princeps de référence ;
- lorsque le prescripteur a explicitement exclu la possibilité d'une substitution.

• En revanche, le tiers payant contre biosimilaire continue, contrairement aux dispositions existantes pour les génériques, à s'appliquer y compris en cas d'application du tarif de remboursement ajusté.

(1) Soit la durée retenue pour les médicaments génériques en l'état du droit.

(2) Dans les conditions prévues au 4° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique.

(3) Le délai de deux ans pourra courir à partir du 1er septembre 2026.

(4) Ainsi dans le cas d'un médicament biologique pour lequel un biosimilaire aurait vu son prix publié le 10 septembre 2024, le tarif de remboursement ajusté sera appliqué dès le 10 septembre 2026, soit deux ans après.

C. CONCERNANT DES DISPOSITIONS COMPLÉMENTAIRES

● Le **III** du présent article supprime l'obligation d'apposer le nom de marque sur une prescription de médicament biologique ou biosimilaire afin de simplifier la possibilité de prescription d'un médicament biosimilaire ⁽¹⁾.

● Enfin, le **IV** prévoit d'étendre l'application du mécanisme de tiers payant contre générique à Mayotte, en modifiant l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

D. L'IMPACT ANTICIPÉ DE CES MESURES

En l'état de rédaction, l'article anticipe une hausse du taux de 10 points du taux de pénétration des médicaments biosimilaires au sein des groupes « biologiques » dont le taux de substitution est inférieur à 80 % ⁽²⁾.

En termes financiers, cette hausse du taux de substitution devrait se traduire par une **économie de 9,2 millions d'euros dès 2026, puis de 27,6 millions d'euros en 2027 et en 2028** ⁽³⁾.

*

* *

(1) Définis aux 14° et 15° de l'article L. 5121-1-2 du code la santé publique.

(2) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale, Annexe 9 : Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi*, p. 264.

(3) Idem.

Article 34

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

Le présent article permet, d'une part, une pérennisation du dispositif expérimental de l'accès direct.

Parallèlement, il réforme le dispositif d'accès précoce afin de concentrer l'essentiel du périmètre de cet accès dérogatoire sur les spécialités ne bénéficiant pas d'autorisation de mise sur le marché.

Il précise, dans un troisième temps, le cadre dans lequel l'autorisation d'accès compassionnel peut être octroyée.

Enfin, il renforce la possibilité pour le Comité économique des produits de santé d'abaisser les bases de remboursement pratiquées en application du « tarif responsabilité » et ce notamment au regard des prix pratiqués dans des pays non européens.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LE DISPOSITIF D'ACCÈS PRÉCOCE

● Aux termes de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, l'accès précoce constitue une modalité dérogatoire d'accès au traitement, en France, et ce afin de garantir aux patients l'accès à des traitements innovants, répondant à des besoins de santé non couverts et pour lesquels une présomption d'innovation existe ⁽¹⁾.

L'obtention d'une autorisation d'accès précoce obéit aux conditions suivantes. Pour le médicament pour lequel la demande est introduite, il :

– peut disposer ou non d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France ;

– doit permettre de traiter une maladie grave ou rare pour laquelle il n'existe pas de traitement autorisé et pour lequel il n'existe pas de traitement approprié ;

– doit, en cas d'octroi de l'autorisation précoce, faire l'objet d'une demande d'AMM dans un délai contraint.

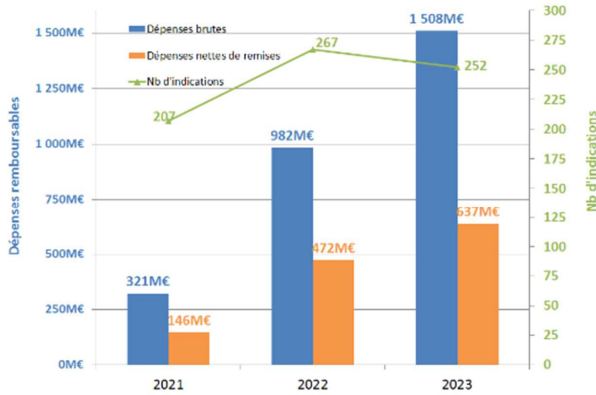
● La part de l'accès précoce dans les dépenses du médicament a crû fortement ces dernières années.

(1) Sénat, rapport n° 828 (2022-2023) fait au nom de la commission d'enquête sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique française, Mmes Sonia de La Provôté et Laurence Cohen, sénatrices, 4 juillet 2023, p. 98.

L'essentiel (80 %) des dépenses liées à l'accès précoce est généré par des médicaments hospitaliers inscrits au titre de la « liste en sus » ⁽¹⁾.

L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'ACCÈS PRÉCOCE ENTRE 2021 ET 2023 INDIQUE UNE AUGMENTATION SIGNIFICATIVE DU RECOURS À CETTE VOIE D'ACCÈS

Figure 149 : Évolution annuelle du nombre et des dépenses des médicaments en accès précoce depuis juillet 2021



Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation,
Source : Cnam (SNDS)

● Concernant la couverture des besoins de santé, les dispositifs d'accès précoce sont loin de constituer une procédure marginale.

En effet, ils permettent à plus de 120 000 patients de bénéficier de traitements dans ce cadre dérogoire ⁽²⁾.

S'agissant du nombre d'autorisations, la Haute Autorité de santé (HAS) dénombrait, en 2024, près de 129 demandes d'accès précoce dont 64 % en post-AMM ⁽³⁾.

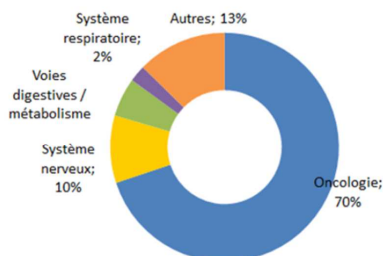
(1) La liste en sus est une enveloppe de financement qui a pour objet de financer des biens de santé coûteux et présentant un caractère d'innovation.

(2) Caisse nationale de l'assurance maladie, Rapport « Charges et produits », juillet 2024.

(3) Haute Autorité de santé, Rapport d'activité de la commission de la transparence, 2024, p. 24.

DES DÉPENSES ESSENTIELLEMENT CONCENTRÉES DANS LE CHAMP DE L'ONCOLOGIE HOSPITALIÈRE

Figure 153 : Répartition par aire thérapeutique de la dépense remboursable brute de ces produits en 2023



Champ : tous régimes - données en date de liquidation - France entière
Source : Cnam (SNDS)

Source : Cnam, Rapport « Charges et produits », juillet 2024, p. 299.

B. L'ACCÈS DIRECT ET COMPASSIONNEL

- L'accès compassionnel vise des médicaments « non nécessairement innovants » qui ne sont pas destinés à obtenir une AMM ou une demande de remboursement de droit commun ⁽¹⁾.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a, à ce jour, délivré près de 180 000 autorisations d'accès compassionnel, notamment en oncologie, au bénéfice de 90 300 patients dont la situation relève, bien souvent, de « l'impasse thérapeutique » ⁽²⁾.

De façon opérationnelle, l'autorisation d'accès compassionnel peut être octroyée sous deux formes :

- d'une part, par l'ANSM à la demande d'un médecin prescripteur, pour utiliser un traitement ne disposant pas d'AMM en France dans cette indication ;

- d'autre part, par l'ANSM lorsqu'il permet *a priori* de traiter des maladies graves ou rares pour lesquelles il n'existe pas de traitement, et lorsque le patient ne peut être inclus dans un essai clinique.

Il peut être dérogé à la condition d'absence d'essai clinique si le laboratoire s'engage à déposer une demande d'accès précoce dans les douze mois suivant l'autorisation d'accès compassionnel.

- L'accès direct, quant à lui, recouvre une disposition d'ordre expérimental dans les conditions prévues par l'article 62 de la LFSS 2022.

(1) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, annexe 9, p. 271.*

(2) *Idem.*

Cette procédure de prise en charge anticipée de certains médicaments leur permet à de bénéficier d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie pendant une durée d'un an sous réserve du respect de certains critères (de temporalité, de service médical rendu, d'amélioration du service médical rendu et relatifs à des engagements d'approvisionnement de l'exploitant) ⁽¹⁾.

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. RECENTRER L'ACCÈS PRÉCOCE SUR LES PRODUITS NE BÉNÉFICIAINT PAS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ ET AMÉLIORER LA COUVERTURE DES SOINS QU'ILS PERMETTENT

1. La suppression de la condition temporelle pour bénéficier de l'accès médical précoce

• Le 1^o du I du présent article procède à plusieurs modifications du cadre juridique encadrant l'autorisation d'accès précoce.

Ainsi, le *a* clarifie les éléments de définition de l'autorisation d'accès précoce en précisant que celle-ci est restreinte aux seules situations :

- de traitement des « maladies graves, rares ou invalidantes »
- où il n'existe pas de « traitement approprié » ;
- où « l'efficacité » et la « sécurité » des traitements bénéficiant de cette autorisation est fortement présumée au moyen des résultats d'essais thérapeutiques ;
- où lesdits traitements bénéficient d'une présomption d'innovation déduite d'un « comparateur cliniquement pertinent ».

Le critère dit « d'urgence » qui préexistait est donc supprimé par souci de simplification. En effet, ainsi que le rappelle l'annexe 9 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale ⁽²⁾, un risque de redondance des critères existe en l'état du droit, le critère d'urgence étant, par exemple, généralement rempli par le cumul d'une situation d'une maladie « grave rare ou invalidante » et l'absence de traitement approprié ⁽³⁾.

2. La restriction de l'accès médical précoce aux médicaments qui ne bénéficient pas d'autorisation de mise sur le marché

Le *b* du 1^o du I restreint, pour ce qui le concerne, l'octroi de l'autorisation d'accès précoce aux médicaments qui remplissent les conditions suivantes :

(1) Ministère de la santé, « Dispositif d'accès direct pour certains produits de santé », 29 septembre 2025.

(2) Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, annexe 9, p. 271.

(3) Idem.

– ils ne disposent pas d’autorisation de mise sur le marché et ce quelle que soit l’indication considérée ;

– l’entreprise à l’origine de l’introduction du dossier s’engage à déposer une demande d’AMM dans un délai de deux ans ⁽¹⁾, d’une part, et, d’autre part, une demande d’inscription au remboursement **(ii)** dans le mois qui suit l’obtention éventuelle de sa demande d’autorisation de mise sur le marché.

3. L’ajout de la condition d’un plan de développement thérapeutique pour les médicaments bénéficiant d’une autorisation de mise sur le marché

De façon complémentaire, une demande d’accès précoce peut être réalisée, sous conditions, pour les médicaments qui disposent d’une autorisation de mise sur le marché dans « l’indication considérée » – c’est-à-dire pour le traitement de la situation médicale pour laquelle la demande d’accès précoce est introduite – et pour lesquels une demande d’inscription sur l’une des listes mentionnées à l’article L. 5123-2 du code de la santé publique n’a pas été accordée par la commission de la transparence « au vu des données disponibles » **(iii)**. Pour bénéficier de l’accès précoce, ces médicaments doivent alors remplir, de façon cumulative, les conditions suivantes :

– la commission de la transparence doit rendre un avis indiquant que, pour l’indication au titre de laquelle la demande d’autorisation médicale précoce est introduite, le « niveau de service médical rendu » ⁽²⁾ est supérieur à un seuil fixé par décret ;

– la même commission doit estimer, dans le même avis, que les « données disponibles » permettent de « présumer l’existence d’une amélioration du service médical rendu » ⁽³⁾ ;

– enfin, elle doit également apprécier que, dans un délai de trois ans, la réalisation d’un plan de développement thérapeutique présenté par le laboratoire est susceptible de permettre une inscription dans le droit commun du remboursement.

En définitive, l’octroi de l’accès précoce est fortement restreint pour les médicaments disposant d’autorisation de mise sur le marché, celui-ci étant subordonné notamment à la réalisation d’un plan de développement thérapeutique permettant de renforcer la robustesse des « données cliniques ».

(1) Ministère de la santé, « Autorisation d’accès précoce, autorisation d’accès compassionnel et cadre de prescription compassionnelle », 3 octobre 2025.

(2) Soit la valeur thérapeutique propre du médicament.

(3) Soit la valeur thérapeutique du médicament mise en rapport avec un comparateur clinique pertinent.

4. Un meilleur encadrement de la durée de l'accès médical précoce

● Parallèlement, il est à relever que la durée de l'accès médical précoce – qui tendait à augmenter sensiblement au cours des dernières années – bénéficie d'un meilleur encadrement.

En effet, le présent article modifie l'état du droit sur deux points.

Premièrement, il fixe une première borne temporelle de trois ans, à l'attention de l'industriel à l'origine de la demande d'accès précoce et dans laquelle celui-ci s'engage à introduire une demande d'inscription au remboursement dans les conditions de droit commun (*d du 1° du I*).

S'agissant de la demande d'autorisation de mise sur le marché ⁽¹⁾, **le ii du b du 1° du I** précise que celle-ci doit intervenir de façon à ce que, dans ce délai total de trois ans, la demande d'inscription au remboursement intervienne, au plus tard, un mois après la publication de l'obtention éventuelle d'une autorisation de mise sur le marché.

5. Une prise en charge des traitements relevant de l'accès médical précoce plus favorable aux patients

Enfin, le présent article modifie les conditions de prise en charge par la collectivité de l'accès médical précoce afin d'équilibrer les exigences relatives à la continuité des soins des patients, d'une part, et les objectifs d'efficience assignés aux dépenses de santé, d'autre part.

En premier lieu, il inscrit dans les engagements à la charge de l'exploitant l'obligation d'assurer, hors cas susceptibles de présenter des risques sérieux pour la santé des patients (« sauf si des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients s'y opposent ») la continuité « des traitements initiés pendant la durée de l'accès médical précoce pendant une durée minimale de douze mois supplémentaires au terme de cette période » (*c du 1° du I*).

Parallèlement, le dispositif prévoit que les coûts associés à la fourniture de la spécialité thérapeutique bénéficiant de l'accès médical précoce sont à la charge de l'exploitant :

– pendant une durée minimale de douze mois à compter de la fin de l'autorisation d'accès précoce et ce uniquement dans les situations permettant d'assurer la continuité des traitements initiés pendant la durée de l'accès médical précoce ;

– pendant toute la durée de fourniture qui excède douze mois à compter de la publication de l'avis de la HAS concernant l'opportunité d'inscrire le traitement

(1) Par construction ce critère ne s'applique donc pas aux entreprises qui ne sont pas titulaires d'une AMM.

dans le droit commun sauf si le « médicament concerné » a fait l'objet d'une évaluation médico-économique, le délai étant alors porté à vingt-quatre mois ⁽¹⁾ ;

– en cas de retrait de la décision de la demande d'inscription ou de réévaluation de l'inscription sur la liste de remboursement, cette situation devant être constatée au moyen d'un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (**c du 5° du II**, modifiant l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale) ;

– en cas d'absence de transmission des données contenues dans le « plan de développement » permettant d'apprécier l'amélioration du service médical rendu de la molécule autorisée au titre de l'accès précoce (*i du b du 5° du II*, modifiant l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale).

– au-delà de la durée maximale de trois ans fixée par l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale.

Il est à relever que la durée maximale peut être prolongée de trois années supplémentaires dès lors que la spécialité relevant de l'accès médical précoce hors AMM obtient une autorisation et remplit les conditions pour bénéficier de l'accès précoce post-AMM (**ii du a du 7° du II**, modifiant l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale). Cette disposition intervient en remplacement du régime dit « d'accès temporaire » introduit par la LFSS 2024 qui prévoyait une prise en charge dérogatoire de molécules inscrites au remboursement et qui a été, de fait, assez peu usité à raison de sa complexité ⁽²⁾.

Par ailleurs, il est à relever que la durée de prise en charge par la collectivité de l'indemnité versée au titre de l'accès précoce après l'actualisation par la HAS de son évaluation de l'ASMR des spécialités autorisées dans un cadre post-AMM, est limitée à douze mois (**troisième alinéa du i du a du 7° du II**, modifiant l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale).

● S'agissant de la publicité du montant de l'indemnité prévue au titre de l'accès précoce, celle-ci est conservée l'exploitant étant chargé de communiquer « le montant maximal de l'indemnité qu'il entend réclamer au comité économique des produits de santé, qui en assure la publicité » (**quatrième alinéa du i du a du 7° du II**, modifiant l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale).

Le principe de remises, versées sur une base annuelle, est également maintenu. En revanche les possibilités de majoration du montant des remises sont supprimées et ce dans un souci de lisibilité financière renforcée pour les industriels (**i et iii du b du 7° du II**, modifiant l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale).

(1) La même condition de délai est applicable pour les avis produits assurant la réévaluation de l'opportunité d'inscription au remboursement. L'évaluation médico-économique mentionnée au ii du 5° du II est confiée au comité d'évaluation économique et de santé de la Haute Autorité de santé.

(2) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, annexe 9, p. 273.*

B. L'ACCÈS COMPASSIONNEL : UNE CLARIFICATION DU CADRE DE PRESCRIPTION

S'agissant de la prescription à titre compassionnel, les modifications suivantes sont apportées par le présent article :

– en premier lieu, il permet d'exclure de ce cadre dérogatoire les prescriptions de spécialités faisant l'objet d'un développement clinique ailleurs qu'en France et ce aux fins de préservation du cadre de l'essai clinique ;

– en second lieu, il permet de préserver la continuité des soins du patient en accès compassionnel et notamment en cas d'abrogation, de refus ou de retrait d'AMM en maintenant la possibilité de prescription et ce aux frais de l'exploitant.

Des dispositions similaires sont également prévues dans les cas où une AMM serait délivrée et que le patient serait, ou non, éligible à bénéficier de l'indication retenue.

C. L'ACCÈS DIRECT : UNE PÉRENNISATION DE CETTE EXPÉRIMENTATION AU BÉNÉFICE DES TRAITEMENTS APPORTANT UN RÉEL PROGRÈS THÉRAPEUTIQUE

● La pérennisation de l'accès direct vise essentiellement à recentrer cette voie dérogatoire d'accès sur les spécialités bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché – donc de données cliniques robustes ⁽¹⁾ – mais pour lesquelles des « motifs de santé publique » justifient un accès rapide « en anticipation d'une inscription » sur les listes de remboursement de droit commun (**6° du II**, modifiant l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale).

C'est d'ailleurs précisément parce que l'accès direct vise des molécules ayant obtenu leur AMM que la pérennisation de l'expérimentation implique le durcissement des conditions d'octroi de l'accès précoce dit « post-AMM » ⁽²⁾.

1. Les principales différences vis-à-vis du cadre expérimental :

● En comparaison du cadre expérimental introduit par la LFSS 2022 ⁽³⁾, l'article portant pérennisation procède à plusieurs modifications.

Il permet notamment d'ouvrir la possibilité de demande d'un accès direct aux molécules bénéficiant d'une inscription sur la liste des produits et prestations remboursables en ville ⁽⁴⁾. Auparavant une molécule qui bénéficiait déjà d'une inscription de droit pour une autre indication ne pouvait pas être éligible à l'accès direct.

(1) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, annexe 9, p. 273.*

(2) *Ibid.*

(3) *Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, article 62.*

(4) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, annexe 9, p. 271.*

Parallèlement, il supprime le délai maximum de négociation de dix mois prévu par l'expérimentation et au-delà duquel le Ceps peut, d'autorité, fixer les conditions tarifaires d'indemnisation d'un produit autorisé au titre de l'accès direct ⁽¹⁾.

Cette évolution vise à pousser les pouvoirs publics à préférer les solutions de consensus dans la fixation des indemnités pour prévenir les situations de retrait abrupt de produits du marché et ce pour cause de décision unilatérale dans la détermination du prix ⁽²⁾.

2. Les critères d'octroi de l'accès direct proposés par le présent article

En définitive afin de bénéficier du cadre de l'accès direct dans sa forme pérennisée, l'industriel exploitant le médicament devra :

- justifier de niveaux « de service médical rendu » d'une part, et « d'amélioration du service médical rendu », d'autre part, égaux à des seuils définis par décret ;

- ne pas, en parallèle, bénéficier d'une autorisation d'accès précoce pour ce médicament, y compris pour une indication différente de celle pour laquelle est introduite la demande d'accès direct ;

- avoir vu son dossier d'inscription pour l'accès direct déposé dans un délai maximal d'un mois après publication de l'avis de la HAS relatif à l'inscription au remboursement ;

- inscrire, dans son dossier de demande, des engagements relatifs aux conditions d'approvisionnement « approprié et continu du marché national » ⁽³⁾ et à la prise en charge des patients pendant la période d'accès direct et pour la période minimale de douze mois suivant l'expiration de l'autorisation ⁽⁴⁾ ;

- inscrire dans son dossier de demande l'engagement de fournir à titre gracieux la spécialité pendant toute la durée de l'accès direct après les douze premiers mois de prise en charge par l'assurance maladie et y compris pendant la période de douze mois qui suit l'expiration de la demande.

En conséquence la durée de prise en charge par l'assurance maladie au titre de l'accès direct est fixée par le présent article à douze mois à compter de la publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'autorisation d'accès direct pris par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

(1) Ce délai était prévu au VI de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(2) Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, annexe 9, p. 270.

(3) Cet engagement est apprécié notamment au regard des besoins des patients en France.

(4) Sous les mêmes réserves que celles appliquées au dispositif d'accès précoce.

En outre, la durée maximale de l'autorisation d'accès direct ne peut excéder trois ans (**troisième alinéa du 6° du II**) et la publication d'un avis par la HAS relatif aux conditions d'inscription au remboursement donne lieu à une prolongation de la période de prise en charge par l'assurance maladie, de douze mois à compter de la publication de l'avis (**6° du II**).

3. Les conditions de prescription d'une molécule en accès direct

S'agissant des conditions spécifiques de prescription d'une molécule en accès direct, l'article précise que l'autorisation peut être accompagnée de prescriptions techniques particulières listées par la HAS (**dixième alinéa du 6° du II**) ⁽¹⁾.

En outre, il crée une obligation positive pour le prescripteur d'informer le patient bénéficiant de l'accès direct au moyen :

- d'une mention sur l'ordonnance, d'une part ;
- et d'une information du patient quant aux modalités de prise en charge du traitement par l'assurance maladie, d'autre part.

4. Les conditions d'indemnisation du laboratoire pendant les douze premiers mois et à la suite de son inscription au remboursement

Au même titre que pour l'accès précoce, les molécules autorisées au titre de l'accès direct bénéficient d'une indemnité de prix libre. En outre, le montant demandé auprès du Ceps est rendu public dans les mêmes conditions (**6° du II**).

De même que pour l'accès précoce, l'entreprise exploitante d'une molécule au titre de l'accès direct est tenue d'indiquer, avant « le 15 février de chaque année » (**6° du II**), le montant du chiffre d'affaires généré l'année précédente par la spécialité autorisée dans le cadre de l'accès direct ainsi que les quantités fournies, et ce pour chaque indication thérapeutique.

L'article prévoit également la création :

- d'une remise versée annuellement par l'entreprise exploitante calculée selon un barème, défini par arrêté, et dont l'assiette comprend le chiffre d'affaires hors taxes généré par la spécialité autorisée au titre de l'accès direct ⁽²⁾ ;
- d'une remise dite de « débouclage » sur le modèle existant pour l'accès précoce, calculée par le Ceps ⁽³⁾. Celle-ci est le produit de la soustraction du chiffre d'affaires hors taxes généré par la vente d'unités valorisées au prix net de référence

(1) Ces prescriptions techniques particulières peuvent être relatives à « la qualification la compétence des prescripteurs », à « l'environnement technique » ou encore à « l'organisation des soins » ou à la mise en œuvre d'un dispositif de suivi technique des patients traités.

(2) Pour toutes ses indications d'utilisation.

(3) Son montant est également inscrit dans la convention signée entre l'entreprise et le Ceps.

– calculé par le même Ceps dans les conditions prévues à l’article L. 162-18 du code de la sécurité sociale – et du chiffre d’affaires hors taxes généré pendant toute la durée de l’accès direct.

- Sur le cas précis de la remise dite de « débouclage », il est à rappeler que celle-ci peut être versée par l’entreprise exploitante à l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) si la soustraction du montant du CA « prix de référence » par le CA effectivement réalisé produit un résultat négatif.

Dans le cas contraire, c’est bien à l’Acos de verser au laboratoire la différence constatée, dans la limite toutefois du plafond de la remise versée annuellement par les laboratoires ⁽¹⁾. Enfin, le calcul et le versement de la remise de « débouclage » sont réalisés que les médicaments bénéficient d’une inscription au remboursement « postaccès direct » ou non à l’expiration de la période ⁽²⁾.

5. Les sanctions pouvant être prononcées en cas de manquement

Dans des conditions similaires de celles existant pour les autres dispositifs d’accès dérogatoires, le présent article prévoit également une procédure de sanction en cas de manquement de l’entreprise exploitante commercialisant un produit en accès direct (IX de l’article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale dans sa version modifiée par le présent projet de loi de financement) (**6° du II**).

Ainsi, en cas d’absence de respect des engagements d’approvisionnement, de gratuité et de continuité des traitements, les ministres compétents peuvent prononcer une sanction d’un montant maximum de 30 % du chiffre d’affaires hors taxes réalisé en France par l’entreprise au titre de la spécialité en accès direct dans les deux dernières années ⁽³⁾.

D. UN ÉLARGISSEMENT DES CRITÈRES POUVANT DONNER LIEU À UNE DIMINUTION DU PRIX DE DROIT COMMUN DES MOLÉCULES

- Le **18° du II** du présent article prévoit une modification des conditions dans lesquelles le Ceps peut opérer une baisse du « tarif de responsabilité » prévu à l’article L. 165-2 du code de la sécurité sociale.

Pour rappel, le « tarif de responsabilité » constitue la base de remboursement plafond appliquée aux produits relevant d’une liste fixée dans les conditions prévues à l’article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

(1) En application du IV de l’article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale tel que modifié par l’article 34 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

(2) En application du VIII de l’article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale tel que modifié par l’article 34 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

(3) En application du IX de l’article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale tel que modifié par l’article 34 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Cette liste vise notamment à « déterminer au sein d'une même catégorie de produits ou de prestations une ou plusieurs classes » à l'aune du rapport existant entre leur prix de et leur efficacité thérapeutique propre (le « service rendu ») ⁽¹⁾.

En définitive, le « tarif de responsabilité » est le plus souvent fixé afin d'indiquer le coût maximum dont est prête à s'acquitter l'assurance maladie obligatoire (AMO) pour une même catégorie de thérapeutiques.

Son montant peut être diminué, en l'état du droit ⁽²⁾, au regard de l'ancienneté de l'inscription du produit, des tarifs des produits comparables, ou encore par comparaison avec des « tarifs [...] prix [...] coûts de traitements inférieurs [...] dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret » ⁽³⁾.

Précisément sur ce point, le présent article (**18° du II**) prévoit de modifier ce dernier critère afin d'y inclure des points de comparaison non européens à la condition que les marchés en question continuent de présenter des caractéristiques de marché comparables. L'exemple du **Japon** est notamment mentionné dans l'étude d'impact comme un cas-type représentatif de ces nouveaux pays de comparaison ⁽⁴⁾.

Cette mesure vise, à titre principal, à renforcer les possibilités de baisses de prix prévues au titre du « tarif responsabilité ».

À titre subsidiaire, elle permettra également au Ceps de réinterroger les dispositions conventionnelles conclues avec le Leem et notamment celles visées à l'article 11 de la convention-cadre ⁽⁵⁾.

E. ENTRÉE EN VIGUEUR

● L'entrée en vigueur du présent article est fixée à une date prévue par décret et au plus tard le 1^{er} juillet 2026, sous réserve des exceptions prévues par le **IV** du présent article ⁽⁶⁾.

(1) Article L. 165-1, alinéa 2, du code de la sécurité sociale.

(2) L'énumération qui suit n'a pas à vocation à rappeler l'ensemble des critères énumérés au II (1° à 9°) du code de la sécurité sociale.

(3) 5° de l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale. Il s'agit de l'Allemagne, de l'Espagne, de l'Italie et du Royaume-Uni.

(4) Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, annexe 9, p. 272.

(5) L'article 11 permet notamment de fixer des corridors de prix de médicaments commercialisés dans les pays européens comparables selon le niveau d'amélioration du service médical rendu constaté.

(6) Il s'agit notamment des exceptions prévues pour les spécialités antérieurement prises en charge au titre de l'accès précoce ou de l'accès transitoire.

F. LES EFFETS ÉVALUÉS DE LA RÉFORME DES ACCÈS DÉROGATOIRES AUX TRAITEMENTS

● D’après les premières observations transmises par la direction de la sécurité sociale, la présente mesure aurait vocation à générer des économies et/ou recettes supplémentaires **d’un montant de 113 millions d’euros en 2026, de 246 millions d’euros, en 2027, et de 319 millions d’euros en 2028.**

La ventilation par mesure est rappelée dans la rubrique « Impact financier global » de l’annexe 9 au présent projet de loi de financement ⁽¹⁾.

*
* *

Article 35

Expérimenter le référencement de médicaments thérapeutiquement équivalents

Le présent article vise à donner la possibilité au Gouvernement de mettre en œuvre, dans le cadre d’une expérimentation d’une durée maximale de cinq ans, une procédure de référencement dérogeant aux conditions de fixation des prix prévues par le droit commun.

Cette expérimentation a vocation à assouplir les modalités de fixation du prix du médicament afin de mieux intégrer les variables d’approvisionnement et d’empreinte environnementale affectant leur production.

I. UN CADRE DE FIXATION PEU LISIBLE DU PRIX DU MÉDICAMENT ET, *A FORTIORI*, DES BIOSIMILAIRES ET DES GÉNÉRIQUES

A. UN CADRE COMPLEXE QUI A NÉANMOINS PERMIS DE CONTRÔLER L’ÉVOLUTION DU PRIX DES MÉDICAMENTS

● En France, les produits de santé constituent parmi les derniers biens à faire l’objet d’une fixation administrative de leur prix ⁽²⁾. Cette pratique n’a pas été adoptée par l’ensemble des pays européens, l’Allemagne – à titre d’exemple – préférant un mécanisme de « prix libre » assorti de mesures de régulation complémentaires ⁽³⁾.

La détermination du prix du médicament est donc conforme à une pratique stricte de régulation dans le cadre défini par la législation européenne et, plus

(1) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, annexe 9, pp. 275-276.*

(2) *Maurice-Pierre Planel, « Médicaments : À quel prix ? », Hygée Éditions, juin 2024, p. 65.*

(3) *Idem, p. 69.*

particulièrement, la directive « transparence » ⁽¹⁾. Ainsi, en application de ce texte, le processus de fixation du prix doit :

- reposer sur des critères objectifs et vérifiables ;
- aboutir à ce que les prix soient rendus publics ;
- faire l’objet d’une procédure contestable ;
- être encadré par des délais contraints.

● Aux termes du droit interne, la fixation du prix d’un médicament, dans les conditions de droit commun, est encadrée par les dispositions des articles L. 165-16-4 et L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, le prix public (ou « facial ») d’un médicament est déterminé sur une base conventionnelle entre le Comité économique des produits de santé (Ceps), d’une part, et l’ensemble des entreprises mentionnées au I de l’article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, d’autre part (entreprises exploitantes, assurant l’importation du médicament ou encore sa distribution parallèle).

La durée maximale des conventions passées entre le Ceps et les industriels est de quatre ans.

En outre, elles répondent aux règles posées par un accord conclu avec plusieurs syndicats représentatifs ⁽²⁾. Pour le médicament, l’accord-cadre signé avec Les Entreprises du médicament (Leem) en 2021 est toujours en vigueur, dans sa version modifiée par pas moins de quatre avenants et prorogé par deux fois ⁽³⁾.

(1) Directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d’application des systèmes d’assurance-maladie.

(2) Troisième phrase du premier alinéa de l’article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale. La convention signée entre le Ceps et le Leem précise en annexe le format standard de chaque convention auquel doivent se conformer les industriels signataires (article 6).

(3) Accord-cadre du 5 mars 2021 entre le Ceps et les entreprises du médicament modifié par les avenants des 6 avril et 21 juillet 2022, 20 juin et 27 juillet 2024. Prorogé par les avenants du 29 février 2024 et du 4 mars 2025.

La fixation du prix du médicament : des critères légaux précisés par la négociation conventionnelle

La fixation du prix du médicament s'appuie sur des critères légaux et des dispositions d'ordre conventionnel.

Aux termes de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, elle tient compte :

- d'un critère de « valeur thérapeutique » à travers l'amélioration du service médical rendu (ASMR), c'est-à-dire le bénéfice apporté aux patients par ce médicament en comparaison de thérapeutiques comparables et déterminé par la commission de la transparence ⁽¹⁾ ;
- d'un critère d'efficacité « médico-économique », qui vise à mettre en regard les résultats en termes de santé publique produits par le médicament et son coût ⁽²⁾ ;
- d'un critère de « valeur marchande » lié au prix des médicaments à même visée thérapeutique ;
- d'un critère de volume, défini à partir des quantités de vente prévues ou constatées ;
- d'un critère de consommation et notamment des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament ;
- enfin, d'un critère industriel lié à la localisation du lieu de production du médicament en question.

L'importance de ces critères et leur prise en compte dans la décision finale sont précisées au moyen de la négociation conventionnelle.

L'accord-cadre conclu entre le Leem et le Ceps du 5 mars 2021 a ainsi fortement enrichi les règles encadrant les discussions sur le niveau des prix ⁽³⁾.

En premier lieu, l'accord permet de garantir une certaine homogénéité des niveaux de prix des médicaments en Europe, s'agissant notamment des médicaments marqués par un niveau important d'amélioration du service médical ⁽⁴⁾.

Parallèlement, les dispositions conventionnelles précisent qu'une stabilité du « prix facial » peut être accordée par le Ceps à un industriel qui justifierait d'investissements spécifiques (R&D, production, solutions numériques) passés ou à venir dans l'Union européenne en lien avec le produit ⁽⁵⁾.

Troisièmement, des hausses de prix peuvent être accordées par le Ceps, à la demande des industriels, en cas de hausse de coûts menaçant la production et la commercialisation de certains médicaments ou de son initiative en cas d'urgence ⁽⁶⁾. Des revalorisations visant à prévenir des situations de distorsion de concurrence peuvent également être décidées.

(1) Dont l'existence est prévue par l'article L. 5123-3 du code de la santé publique. La valeur de l'ASMR est fixée de I à V (de mineure à inexistante).

(2) Maurice-Pierre Planel, « Médicaments : À quel prix ? », Hygée Éditions, juin 2024, p. 70. Déterminé par la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP).

(3) Les dispositifs listés ci-dessous n'épuisent pas l'ensemble des ajustements permis par la convention.

(4) Accord-cadre du 5 mars 2021 entre le Ceps et Les Entreprises du médicament modifié par les avenants des 6 avril et 21 juillet 2022, article 11.

(5) Idem, article 28.

(6) Idem.

● Par sa forme juridique même de « *commission placée auprès des ministres chargés de la santé et des finances* » ⁽¹⁾, **le Ceps est tenu de suivre les** « orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents » ⁽²⁾ dans le cadre des négociations qu'il mène avec les industriels.

En ce sens, la lettre d'orientation du Gouvernement en date du 5 mai 2025 inscrivait comme priorités ⁽³⁾ :

– la maîtrise des dépenses de remboursement de médicaments, au moyen des plans de baisses de prix ;

– la garantie de l'accès aux produits dont l'apport thérapeutique est reconnu ou qui sont indispensables aux besoins de la santé publique ;

– la sécurisation de l'approvisionnement en produits innovants et essentiels, en soutenant l'industrie nationale par des hausses ciblées de prix.

(1) *Cour des comptes*, « *Le Comité économique des produits de santé : un organisme à conforter pour une régulation plus efficace* », 27 juin 2024, p. 6.

(2) Article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale.

(3) *Lettre d'orientation ministérielle du 5 mai 2025 à l'attention de la présidente du Ceps*, p. 1.

Le cas spécifique de la fixation du prix des médicaments génériques et biosimilaires

La relation du niveau de prix entre les « spécialités de référence » et « spécialités génériques » ou « médicaments biosimilaires » fait l'objet de dispositions conventionnelles spécifiques.

S'agissant des médicaments génériques :

– une forme de « double décote » s'applique à la commercialisation du premier médicament générique d'un groupe. Celle-ci se traduit d'abord par la diminution du prix du médicament générique d'au moins 60 % par rapport au prix de la spécialité de référence. Ensuite, une seconde décote de 20 % est appliquée sur le prix de la spécialité de référence ⁽¹⁾ ;

– une décote similaire, de l'ordre de 40 % est appliquée pour les médicaments délivrés en rétrocession ou financés au moyen de la liste en sus ⁽²⁾ ;

S'agissant des médicaments biosimilaires, un fonctionnement identique a été retenu :

– une décote de 40 % est appliquée, dans les mêmes conditions que pour les génériques en ville, par rapport au prix du médicament biologique de référence, celui-ci faisant ensuite l'objet d'une décote de 20 % dès la commercialisation du médicament biologique ⁽³⁾ ;

– à l'hôpital, une décote identique pour le médicament de référence et les biosimilaires est appliquée ⁽⁴⁾ ;

– enfin, sous réserve d'indicateurs de pénétration de médicaments biosimilaires, la convention prévoit également la possibilité d'appliquer des décotes supplémentaires, variant entre 5 % et 15 % pour le princeps et le biosimilaire ⁽⁵⁾.

(1) *Le prix considéré pour l'application de la décote est bien le prix facial hors taxes. Cette décote est évidemment spécifique aux médicaments commercialisés en ville. Source : accord-cadre du 5 mars 2021 entre le Ceps et Les Entreprises du médicament, article 24, a.*

(2) *Idem, article 24, b. La décote s'applique au princeps et au médicament générique.*

(3) *Ibid, article 25, a.*

(4) *Cette disposition concerne les médicaments acquis en rétrocession ou au titre de la liste en sus.*

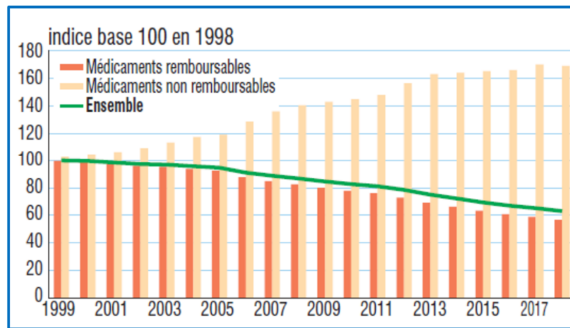
(5) *Accord-cadre du 5 mars 2021 précité, article 25, b.*

● Au-delà des enjeux de fixation des prix, l'inscription au remboursement des médicaments constitue une strate supplémentaire dans la complexe organisation de cette politique publique.

À cet égard, il est nécessaire de relever que les étapes de fixation du prix et de remboursement ne sont pas indépendantes, les niveaux de prix étant très liés aux taux de remboursement fixés.

UNE POLITIQUE DE BAISSÉ DE PRIX CONCENTRÉE SUR LES MÉDICAMENTS REMBOURSABLES

Graphique 23 : évolution du prix des médicaments de 1999 à 2019



Source : INSEE, indice des prix à la consommation.

Source : « Pour un “new deal” garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé, Mission « Régulation des produits de santé » confiée par Mme Élisabeth Borne, Première ministre, à Agnès Audier, Claire Biot, Frédéric Collet, Anne-Aurélié Epis de Fleurian, Magali Leo et Mathilde Lignot-Leloup, août 2023, p. 29.

● L’inscription des produits de santé en liste de remboursement est réalisée en deux étapes pour ceux dispensés en officine de ville ⁽¹⁾.

Tout d’abord, la commission de la transparence produit un avis relatif à la valeur clinique propre du médicament, le « service médical rendu » (SMR) ⁽²⁾.

Ensuite, le ministre chargé de la santé ou de la sécurité sociale inscrit, par voie d’arrêté, ledit médicament au remboursement en ajustant le taux de remboursement au regard du SMR constaté.

Celui-ci peut varier de 15 % pour les médicaments dits « à SMR faible » à 100 % pour ceux jugés « irremplaçables » ou « coûteux ». L’avis produit par la commission de la transparence lie l’action du ministre, qui ne peut y déroger que pour des raisons tenant à la poursuite d’objectifs de santé publique.

(1) Article L. 162-17 et R. 163-19 du code de la sécurité sociale.

(2) Le service rendu peut être majeur, modéré ou insuffisant. Il est déterminé sur les caractéristiques propres du produit issues notamment de ses essais cliniques et ne doit pas être confondu avec l’ASMR, qui est déterminé en comparaison avec les produits existants et disponibles.

**LES TAUX DE REMBOURSEMENT APPLIQUÉS
EN FONCTION DU SERVICE MÉDICAL RENDU**

Catégories de médicaments	Taux de remboursement
Médicament irremplaçable et coûteux	100 %
Médicament à SMR majeur ou important	65 %
Médicament à SMR modéré et certaines préparations magistrales	30 %
Médicament à SMR faible	15 %

Source : Gouvernement, « Remboursement des médicaments », 31 mars 2024, lien URL : <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F21760>.

**B. DES ÉVOLUTIONS DU MARCHÉ DU MÉDICAMENT QUI POUSSENT À
FAIRE ÉVOLUER LES POLITIQUES DE RÉGULATION EN FAVEUR
D’APPROCHES INNOVANTES**

● Le cadre de droit commun de fixation des prix du médicament a, en dépit d’exceptions notables pour certains produits innovants ⁽¹⁾, contribué à contenir l’évolution des prix des médicaments en France en limitant la croissance des dépenses liée à l’« effet prix » des molécules.

Néanmoins, le marché du médicament a été frappé par de nombreuses évolutions au lendemain de la pandémie de covid-19. En premier lieu, la structure du marché a évolué dans le sens du développement de thérapeutiques innovantes, obligeant les pouvoirs publics à réaliser de multiples arbitrages concernant l’enveloppe de dépenses remboursées.

● Parallèlement, la hausse de la consommation mondiale de médicaments, de l’ordre de 36 % entre 2012 et 2022, a posé la question de la sécurité de l’approvisionnement en molécules essentielles du marché français ⁽²⁾.

À cet égard, des mesures multiples visant à anticiper les situations de pénurie ont été prises, à l’instar de la création de procédures de gestion des situations pénuries (PGP), obligatoires dans le cas de « médicaments classés d’intérêt thérapeutique majeur » (MITM) ⁽³⁾.

En complément, les obligations relatives à la constitution de stocks de sécurité ont été étendues, à partir de 2021, d’un mois pour les médicaments contribuant à une politique de santé publique à deux mois pour les MITM, voire

(1) À l’instar du pembrolizumab (Keytruda), molécule non générique la plus vendue du monde générant un revenu cumulé de 131 milliards de dollars depuis 2014 et en moyenne 1 milliard d’euros de ventes annuelles en France.

(2) Maurice-Pierre Planel, « Médicaments : À quel prix ? », Hygée Éditions, juin 2024, p. 21.

(3) On pense notamment à l’article 48 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, qui a étendu l’obligation de mise en œuvre des plans de gestion de pénuries à l’ensemble des médicaments classés d’intérêt thérapeutique majeur (article L. 5121-32 du code de la santé publique).

quatre mois dans certains cas donnant lieu à une décision spécifique de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ⁽¹⁾.

Plus encore, sur les modalités de fixation du prix du médicament, les lois de financement de la sécurité sociale pour 2022 et 2025 ont intégré, puis progressivement renforcé la prise en compte d'un critère « industriel » permettant d'inciter – par une bonification du prix du produit de santé en question – à l'implantation de sites de production sur le territoire national.

La pleine application de ces dispositions demeure néanmoins difficile à saisir. Ainsi, votre rapporteur a pu constater, au cours de ses auditions, qu'aucun élément chiffré n'avait pu lui être fourni quant aux décisions de fixation de prix ayant pris en compte l'existence de ce critère « industriel » ⁽²⁾.

● Enfin, au regard des enjeux climatiques contemporains, transcrits en droit interne par la ratification des dispositions de l'accord de Paris sur le climat ⁽³⁾, la question de l'empreinte carbone des produits de santé s'est imposée comme un nouvel enjeu de cette politique publique.

Ainsi que le rappelle Maurice-Pierre Planel dans son ouvrage *Médicaments : À quel prix ?* : « *Les études réalisées en France par le Shift Project, qui sont confirmées par les travaux menés par les autorités publiques ou les analyses faites dans d'autres pays [...] pointent le poids des médicaments dans les politiques de décarbonation* » ⁽⁴⁾.

En effet, le secteur de la santé représente une part importante des émissions de gaz à effet de serre (GES) françaises, entre 7 % et 10 %, dont près de la moitié proviendrait de l'achat des produits de santé ⁽⁵⁾.

II. LE DROIT PROPOSÉ : UN CADRE D'EXPÉRIMENTATION SOUPLE PERMETTANT DE DÉROGER AUX MODALITÉS DE FIXATION DU PRIX DU MÉDICAMENT

A. LA PRATIQUE DU RÉFÉRENCEMENT

● Ainsi que l'a rappelé la présidente du Comité économique des produits de santé (Ceps) lors de son audition par le rapporteur général, la pratique du

(1) Le niveau du stock est défini par une moyenne du volume des ventes en France de la spécialité en question sur les douze derniers mois glissants. Source : décret n° 2021-349 du 30 mars 2021 relatif au stock de sécurité destiné au marché national modifiant l'article R. 5124-49-1 du code de la santé publique.

(2) Audition par le rapporteur général du Comité économique des produits de santé (Ceps) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), 15 octobre 2025.

(3) Loi n° 2016-786 du 15 juin 2016 autorisant la ratification de l'accord de Paris adopté le 12 décembre 2015.

(4) Maurice-Pierre Planel, op. cit, p. 113.

(5) The Shift Project, « Décarboner la santé pour soigner durable ».

référencement se rapproche du format de l'appel d'offres pratiqué par les centrales d'achat hospitalières ⁽¹⁾.

La principale différence vis-à-vis du cadre proposé par le présent article réside néanmoins dans le fait de conditionner le remboursement de molécules d'une aire thérapeutique spécifique à la pratique du référencement.

1. Le cadre général de l'expérimentation

Ainsi, le dispositif de l'article 35 prévoit en son **I** la création d'un cadre expérimental pour une durée maximale de cinq ans instaurant une « procédure de référencement applicable à certaines spécialités pharmaceutiques remboursables par l'assurance maladie ».

Sont donc exclus les médicaments qui ne sont pas inscrits sur les listes de remboursement des produits et prestations vendus en ville ou en pharmacie hospitalière ⁽²⁾. Par ailleurs, la terminologie de « spécialités pharmaceutiques » exclut de façon explicite les dispositifs médicaux.

Les **alinéas 2 à 7 de l'article 35** précisent que les groupes de spécialités pharmaceutiques concernés par ce processus de sélection seront :

- les groupes génériques ;
- les groupes de médicaments hybrides ;
- les groupes de médicaments biosimilaires ;
- les groupes de médicaments définis, après avis de Haute Autorité de santé, comme « substituables » par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'annexe 9 au présent projet de loi de financement précise que cette disposition vise notamment à intégrer les produits comme les statines ou les inhibiteurs de la pompe à protons ⁽³⁾.

La rédaction des alinéas 3 à 6 du présent article précise néanmoins que **pour** chaque type de groupe de spécialités (générique, hybride, biosimilaire ou substituable), un seul sera retenu dans le cadre de l'expérimentation ⁽⁴⁾. Le choix du groupe concerné par la procédure de référencement tiendra compte « notamment des volumes, de la dépense remboursée, de l'évolution de ces derniers, de leur impact environnemental, du nombre d'acteurs présents et des éventuels antécédents ou risques de tension ou de rupture d'approvisionnement ».

(1) Audition par le rapporteur général de Mme Virginie Beaumeunier, présidente du Ceps.

(2) Il s'agit donc d'exclure du cadre de remboursement les spécialités pharmaceutiques qui ne sont pas inscrites sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

(3) Projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe IX, p. 320.

(4) Au total, quatre groupes seront sélectionnés dans le cadre de la procédure de référencement.

S'agissant de la sélection des médicaments pour bénéficier du référencement ⁽¹⁾, plusieurs critères similaires seront retenus :

- le premier relatif « aux garanties d'approvisionnement apportées par les entreprises concernées » et qui sera apprécié « au regard de la diversité et de la sécurité des sources d'approvisionnement ». En d'autres termes, le « dégroupage » des fournisseurs sera valorisé afin d'assurer une plus grande résilience des capacités d'approvisionnement en cas de chocs externes ;

- le second critère retenu tient aux « conditions tarifaires proposées » analysées à l'aune de « l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie ». Sous cet aspect, l'hypothèse peut être émise que le terme d'efficience recouvre le rapport entre le coût proposé et le gain en santé publique permis par la molécule.

Enfin, parallèlement à ces deux critères obligatoires viennent se superposer des critères optionnels, relatifs à la prise en compte :

- de « l'impact environnemental des spécialités », dont on peut supposer qu'il recouvre principalement l'empreinte carbone de ces dernières ;

- des objectifs de développement durable (ODD) dans leur dimension économique et sociale.

Si la définition et les indicateurs associés à ces différents critères feront l'objet de précisions par voie réglementaire, votre rapporteur s'interroge néanmoins quant à l'imprécision de certains d'entre eux à l'instar du critère relatif aux ODD.

- Enfin s'agissant de la fixation des prix, l'**alinéa 9 du présent article** précise que la procédure de référencement peut « déroger aux dispositions relatives à la fixation et à la révision du prix des médicaments remboursables et aux remises ».

Parallèlement, il convient de noter, aux termes du **I** du même article, que la procédure de référencement sera « multi-attributaire », c'est-à-dire qu'elle permettra à plusieurs médicaments d'un même groupe, et donc à plusieurs laboratoires, de bénéficier de la procédure de référencement. Ainsi que l'a rappelé le président du Ceps à l'occasion de son audition, « *il est préférable de maintenir une certaine concurrence entre les médicaments référencés* » ⁽²⁾.

2. La mise en œuvre de l'expérimentation par les services du Comité économique des produits de santé

La conduite de la procédure de référencement est confiée par le dernier alinéa du **I** au Ceps et ses modalités pratiques de mise en œuvre sont renvoyées à un décret.

(1) Il s'agit ici de l'étape de sélection applicable au sein d'un même groupe.

(2) Audition par le rapporteur général du Ceps et de l'ANSM, 15 octobre 2025.

Toutefois, le **II** précise que le lancement de la procédure de référencement est le fait d'une saisine des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui précise les critères d'évaluation retenus, ainsi que le « nombre de lots », leurs « tailles respectives », la « durée maximale du référencement » et la date d'entrée en vigueur de la procédure.

À titre facultatif, la saisine des ministres peut indiquer « les pondérations minimales et maximales » à savoir le poids octroyé à chaque critère dans l'évaluation aboutissant au référencement.

Dans ce cadre général, le Ceps est chargé, consécutivement à la saisine des ministres, de produire un « avis rendu public » comprenant, aux termes du **deuxième alinéa du II** :

- les « critères retenus » d'évaluation ainsi que leurs modalités de mise en œuvre (« modes d'évaluation », « pondération respective ») ;
- la durée du référencement dans la limite de deux ans maximum ;
- le nombre de lots proposés ;
- le « corridor de prix » ⁽¹⁾ devant guider les propositions tarifaires des laboratoires ;
- le calendrier général applicable à la procédure (durée de la phase d'évaluation par exemple) ;
- l'information « selon laquelle pendant cette même période les médicaments comparables qui ne sont pas sélectionnés sont exclus temporairement de la prise en charge ».

Pour les laboratoires qui bénéficient de la procédure de référencement, le **troisième alinéa du II** précise que les « conditions tarifaires et les engagements du laboratoire » font l'objet d'une convention entre le laboratoire et le Ceps, à la manière des procédures existantes pour la fixation des prix dans le droit commun. Il est, par ailleurs, précisé que le laboratoire doit y indiquer les engagements qu'il prend en termes de « couverture du marché », soit relativement aux volumes proposés et à leur répartition sur le territoire.

Enfin, le **quatrième alinéa du II** inscrit l'obligation de rendre publics les résultats de la procédure de référencement et des conséquences que ceux-ci induisent sur les médicaments non sélectionnés pour lesquels l'inscription au remboursement sera modifiée.

(1) Plus précisément le prix maximum et le prix minimum.

3. Les garanties d’approvisionnement et les sanctions prévues en cas de manquement

Le **III** de l’article 35 offre une faculté supplémentaire au pouvoir exécutif concernant l’organisation de la procédure de référencement.

En ce sens, il prévoit la possibilité de conditionner le référencement à des obligations renforcées en matière d’approvisionnement, notamment en matière de distribution de « quantités minimales », et ce afin de « garantir une couverture suffisante du territoire national ».

Comme indiqué au **deuxième alinéa du même III**, le non-respect de ces engagements peut amener à différentes mesures de sanction incluant :

- le fait de déroger, sur décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, aux stipulations conventionnelles ⁽¹⁾ ;

- le retrait des droits acquis au titre du référencement à l’entreprise défaillante ;

- le fait de procéder à une nouvelle sélection dans le cadre d’une procédure de référencement ;

- une pénalité financière « d’un montant maximal égal à 10 % du chiffre d’affaires hors taxes réalisé en France au titre du dernier exercice clos au titre du médicament concerné par le manquement » (quatrième alinéa du **III**) ;

- une pénalité financière équivalente « aux surcoûts éventuels supportés par l’assurance maladie du fait d’un défaut d’approvisionnement en médicaments sélectionnés ou d’une mauvaise couverture du territoire » (cinquième alinéa du **III**).

4. L’évaluation et l’entrée en vigueur de la procédure

D’une part, le **IV** du présent article prévoit la remise d’un rapport d’évaluation au Parlement dans les six mois qui suivent la mise en œuvre de la procédure de référencement.

D’autre part, le **V** renvoie à un décret les modalités d’application de l’article et notamment « la date de début de l’expérimentation ».

(1) Cette mesure permettant essentiellement au Gouvernement de s’assurer d’une fourniture du médicament manquant auprès d’autres acteurs.

B. DES CONSÉQUENCES FINANCIÈRES ET ORGANISATIONNELLES À ANTICIPER :

● L'annexe 9 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale estime que la mise en place de l'expérimentation, dès 2026, **est susceptible de générer une économie de 1,5 million d'euros** ⁽¹⁾.

Ce montant tendra à augmenter progressivement en 2027 et 2028 pour atteindre un montant d'économies de **13 millions d'euros pour les années 2028 et 2029**.

Pour obtenir ces montants, la direction de la sécurité sociale a pris pour hypothèses principales :

– une part de marché de médicaments soumis à la procédure de référencement de l'ordre de 2 % à 3 % du marché total des génériques et biosimilaires en ville (soit 5,24 milliards d'euros) ;

– une réduction moyenne du prix permise par la procédure de référencement de l'ordre de 10 %.

À titre de comparaison et avec un système similaire, la Suède a pu bénéficier de prix d'un montant inférieur de 45 % aux prix pratiqués pour les mêmes molécules en France ⁽²⁾. Cette baisse de prix permise par les pratiques de référencement résulte principalement de la contrepartie offerte à l'industriel d'un accès privilégié au marché pendant un délai prévisible fixé par le référencement.

● Enfin, s'agissant de sa mise en œuvre opérationnelle, votre rapporteur note la charge organisationnelle que représentent la préparation et la mise en œuvre de cette procédure de référencement pour le Ceps.

Il s'interroge quant à cette perspective et ce alors même que le dernier rapport de la Cour des comptes relatif au fonctionnement du Ceps indiquait que celui-ci « *n'est pas à même d'assurer au mieux ses missions moins prioritaires* » ⁽³⁾, faute de moyens suffisants.

*

* *

(1) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe IX, p. 320.*

(2) *Idem.*

(3) *Cour des comptes, op. cit., p. 15.*

Article 36

**Réforme de la tarification des établissements et services
qui accompagnent des enfants et des jeunes handicapés (Serafin-PH)**

Cet article met en œuvre la première étape de la réforme de la tarification des établissements et services accompagnant les personnes handicapées, Serafin-PH. Il modifie les modalités de tarification des établissements et services pour enfants et jeunes adultes handicapés. Ils seront financés, à compter de 2027, par une dotation globale de fonctionnement tenant compte des caractéristiques de l'établissement, des publics accueillis et de l'activité réalisée.

I. LE DROIT EXISTANT : LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE IMPLIQUE UNE RÉFORME DE LA TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES ACCOMPAGNANT LES PERSONNES HANDICAPÉES

A. LES MODALITÉS DE TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX CONSTITUENT UN FREIN À LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

1. La transformation de l'offre médico-sociale a été engagée afin de garantir le droit à l'autodétermination des personnes handicapées

La loi du 11 février 2005 ⁽¹⁾ a témoigné, en France, d'une prise de conscience dans un contexte où la reconnaissance du droit à l'autonomie et l'autodétermination constituait une revendication centrale du mouvement international soutenant les personnes handicapées. La Convention internationale des droits des personnes handicapées, adoptée en 2006, a proclamé le droit à l'autonomie de vie et à l'inclusion dans la société, dont découle une forte remise en cause des institutions spécialisées.

La loi du 11 février 2005 sort du registre de l'assistance pour proposer une approche intégrative du handicap en garantissant la participation des personnes handicapées à l'élaboration de leur projet de vie ainsi qu'en réaffirmant le principe de la scolarité et du travail en milieu dit « ordinaire ». Toutefois, cette loi, encore structurante pour le secteur du handicap, reste relativement silencieuse sur les évolutions du secteur médico-social qu'implique le droit à l'autonomie des personnes handicapées.

En France, après s'être développé de manière anarchique au sortir de la Seconde Guerre mondiale, le secteur médico-social s'est progressivement structuré autour de deux grandes catégories d'établissements et services à destination des personnes handicapées : les structures pour adultes et les structures pour enfants. L'offre française se caractérise, en outre, par une grande diversité d'établissements

(1) Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et liens vers les décrets d'application.

et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), et par leur forte spécialisation en fonction des déficiences présentées par les personnes qui y sont accueillies. Celles-ci sont alors confrontées à l'insuffisance et à la rigidité de l'offre, qui les conduisent trop souvent à un accueil dans un lieu éloigné de leur famille ou dans un établissement inadapté à leur handicap ⁽¹⁾.

En outre, l'institutionnalisation encore systématique des personnes handicapées a conduit, en 2023, le Comité des droits des personnes handicapées, organe veillant au respect de la Convention internationale des droits des personnes handicapées au sein des Nations Unies, à adresser une vive critique des politiques françaises du handicap. Dans ses observations finales, le Comité a relevé que *« certaines réglementations et structures et certains choix budgétaires encouragent le placement des enfants et des adultes handicapés [...] dans des établissements qui leur sont réservés »* alors qu'en parallèle *« peu de dispositions ont été prises pour permettre aux personnes handicapées de vivre de manière autonome dans la société »* ⁽²⁾.

Face à ces critiques, un plan de transformation de l'offre médico-sociale a été engagé de longue date. L'enjeu est de passer d'une réponse collective en fonction des caractéristiques des personnes handicapées, en particulier leur âge et leurs déficiences, à une réponse individualisée dans un parcours pensé en lien avec le projet de vie de la personne concernée. Si la suppression des institutions collectives très intégrées, que le Comité des droits des personnes handicapées appelle de ses vœux, n'a jamais été envisagée, la transformation de l'offre médico-sociale doit permettre d'en faire une réponse de dernier recours dans des situations précises, non *« une orientation par défaut ou par habitude »* ⁽³⁾.

La transformation de l'offre médico-sociale fait l'objet d'initiatives successives depuis 2016, à l'image de la stratégie quinquennale 2017-2021 ou du plan d'actions *« Ambition Transformation »* pour la période 2019-2022. Dans le cadre de la Conférence nationale du handicap du 26 avril 2023, il a été décidé que tous les ESSMS devraient être passés, d'ici 2030, d'une logique de places à une logique d'offre de services coordonnés. La démarche a été formalisée par le plan *« 50 000 solutions »*. Cette dynamique s'appuie sur les fondements suivants :

- la priorité donnée au milieu ordinaire pour la prise en charge médico-sociale des personnes handicapées ;

- le respect de l'autodétermination des personnes handicapées, prenant en compte leurs besoins et les attentes exprimées ;

(1) Défenseure des droits citée in Christine Le Nabour et Sébastien Peytavie, rapport d'évaluation n° 1692 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 9 juillet 2005.

(2) Comité des droits des personnes handicapées, Observations finales concernant le rapport initial de la France, 4 octobre 2021.

(3) Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et direction générale de la cohésion sociale, rapport intermédiaire du projet Serafin-PH. Elaboration des nomenclatures, janvier 2016.

– la promotion des capacités et de la participation des personnes à l’élaboration des décisions qui les concernent ⁽¹⁾.

Dans la pratique, le respect du droit à l’autodétermination des personnes handicapées est un axe central de la transformation de l’offre médico-sociale. Il implique des structures en capacité de proposer une offre modulaire, composée de plusieurs modes d’intervention professionnelle – hébergement, accueil de jour, interventions en milieu ordinaire – dont l’intensité est adaptée dans le temps aux besoins et aux attentes de chaque personne ⁽²⁾. Selon la direction générale de la cohésion sociale, « *la personne en situation de handicap ne devrait plus, à terme, devoir trouver sa place dans une offre existante et contrainte, souvent cloisonnée au seul secteur médico-social mais pouvoir bénéficier d’un accompagnement évolutif, quels que soient les choix faits dans les principaux domaines de vie : habitat, emploi, santé, scolarisation* » ⁽³⁾.

2. La tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux constitue un frein à la transformation de l’offre médico-sociale

a. Les établissements et services sociaux et médico-sociaux font l’objet d’une tarification complexe

L’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles distingue deux catégories d’établissements et services accompagnant les personnes handicapées :

– d’une part, ceux assurant une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ^(2°) ;

– d’autre part, les établissements et services, y compris les foyers d’accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l’insertion sociale ou qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ^(7°).

Les établissements et services pour enfants et pour adultes handicapés sont nombreux. Ils font l’objet de règles de tarification différenciées selon leur statut et leur activité. L’article L. 314-8 du code de l’action sociale et des familles prévoit des modalités de fixation de leur tarification déterminées par voie réglementaire. Cette tarification peut prendre la forme de prix de journée, de tarifs de prestations, de forfaits journaliers, de forfaits annuels ou de dotations globales.

(1) Christine Le Nabour et Sébastien Peytavie, rapport d’évaluation, *op. cit.*

(2) Inspection générale des affaires sociales, *Handicap : comment transformer l’offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ?*, janvier 2025.

(3) Direction générale de la cohésion sociale citée in Christine Le Nabour et Sébastien Peytavie, rapport d’évaluation, *op. cit.*

L'article R. 314-105 du code de l'action sociale et des familles précise, pour chaque catégorie d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, ces modalités de financement.

- En ce qui concerne les établissements et services pour mineurs et jeunes adultes handicapés, l'article R. 314-105 distingue :

- les services d'éducation et de soins à domicile (Sessad) qui prennent en charge de jeunes handicapés, dont les dépenses sont couvertes par la sécurité sociale sous la forme d'une dotation globale ;

- les autres établissements et services, dont les dépenses sont prises en charge par la sécurité sociale sous la forme d'un prix de journée.

- En ce qui concerne les établissements et services pour adultes handicapés, l'article R. 314-105 distingue :

- les établissements ou services destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants, prévus à l'article L. 344-1 du même code, et dont les dépenses sont prises en charge par la sécurité sociale sous la forme d'un prix de journée ;

- les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) dont les dépenses relatives aux frais d'accompagnement à la vie sociale et d'hébergement sont prises en charge par le département sous la forme d'un tarif journalier, et dont les dépenses afférentes aux soins médicaux relèvent de la sécurité sociale à travers un forfait journalier ;

- les services dispensant des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile, dont les dépenses sont prises en charge par le département sous la forme de tarifs horaire et d'une dotation relative à la qualité ;

- les services dispensant des soins infirmiers à domicile (SSIAD) dont les dépenses sont prises en charge par le département sous la forme d'un prix de journée.

Si, pour un grand nombre d'ESSMS accompagnant des personnes handicapées, la réglementation prévoit un financement par prix de journée, cette modalité devient progressivement une exception. En effet, certaines catégories d'établissements et services reçoivent depuis longtemps une dotation globale. En outre, le financement par prix de journée peut donner lieu à une dotation globalisée par convention entre l'ESSMS et l'autorité de tarification. Enfin, dès lors qu'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est conclu avec l'autorité de tarification, la réglementation prévoit que l'établissement ou le service produise un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), qui permet de globaliser les financements issus de différentes sources.

**MODALITÉS DE TARIFICATION ET DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES
POUR MINEURS ET MAJEURS HANDICAPÉS**

Catégories d'établissements ou de services	Modes de tarification	Autorité de tarification	Financiers publics
Services d'éducation et de soins à domicile (SESSAD)	Dotation globale de financement	Directeur général de l'ARS	Branche autonomie
Autres établissements et services d'enseignement et d'éducation pour mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (IME, IMP, ITEP...)	Prix de journée en annualité budgétaire Dotation globale si CPOM obligatoire conclu	Directeur général de l'ARS	Branche autonomie
Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	Dotation globale de financement	Directeur général de l'ARS	80 % à la charge de la branche autonomie 20 % à la charge du département d'implantation
Établissements et services d'accompagnement par le travail (ESAT)	Dotation globale de financement	Directeur général de l'ARS	Branche autonomie
Établissements et services de réadaptation et de pré-orientation professionnelle	Prix de journée	Directeur général de l'ARS	Branche autonomie
Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	Prix de journée	Directeur général de l'ARS	Branche autonomie
Foyers d'accueil médicalisés (FAM)	Partie hébergement et accompagnement à la vie sociale : tarif journalier. Recours possible par convention à un versement globalisé du tarif journalier. Partie soins : forfait annuel global de soins	Président du conseil départemental Directeur général de l'ARS	Départements Branche autonomie
Services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH)	Partie accompagnement à la vie sociale : tarif journalier. Recours possible par convention à un versement globalisé du tarif journalier	Président du conseil départemental	Départements
	Partie soins : forfait annuel global de soins	Directeur général de l'ARS	Branche autonomie
Services d'aide à domicile non médicalisés pour personnes adultes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques	Tarifs horaires Possibilité par convention entre le service et le département d'avoir recours à une dotation globale de financement	Président du conseil départemental	Départements
SSIAD pour personnes adultes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques	Dotation globale de financement	Directeur général de l'ARS	Branche autonomie

Autres établissements et services pour personnes adultes handicapées (foyers de vie, foyers occupationnels)...	Prix de journée	Président du conseil départemental	Départements
Centres de ressources pour personnes autistes	Dotation globale pour les soins	Directeur général de l'ARS	Branche autonomie
Centres de ressources pour personnes atteintes de handicaps rares	Dotation globale pour les soins	Directeur général de l'ARS	Branche autonomie
Unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS)	Dotation globale pour les soins	Directeur général de l'ARS	Branche autonomie

Source : Éditions législatives, [Guide du directeur - Établissement et service social et médico-social ESSMS : règles budgétaires et tarifaires](#)

b. Les modalités de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont remises en cause depuis 2012

En 2012, un rapport des inspections générales des affaires sociales et des finances relatif à l'offre, aux besoins et aux modalités de financement des établissements et services pour personnes handicapées ⁽¹⁾ a mis en évidence l'inadéquation entre l'évolution des attentes des personnes handicapées en matière d'accompagnement médico-social et les modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La mission a relevé que « *le système actuel, basé sur des prix de journée et des forfaits, ne permet pas une bonne allocation des ressources, et n'est plus adapté à l'évolution des modes d'accompagnement des personnes* ». Le rapport fait état d'écarts de coûts importants entre établissements pourtant comparables, et souligne l'insuffisance des outils d'analyse pour les expliquer. L'efficacité allocative, d'un point de vue économique comme qualitatif, des différents mécanismes de tarification utilisés par les établissements et services accompagnant des personnes handicapées était également remise en cause dans un contexte où s'amorçait la transformation de l'offre médico-sociale vers une plus grande individualisation des parcours. Le rapport note, à ce titre, que « *le prix de journée incite à la maximisation des taux d'occupation et se révèle anti-incitatif à la diversification des prises en charges* » et que « *la dotation globale, si elle ne comporte pas en tant que telle de mécanisme anti-incitatif, ne permet pas le financement d'allées et venues pour certains parcours, lorsque les moyens de l'accompagnement relèvent de plusieurs structures juridiques distinctes* ». Dès lors, la mission estime que « *c'est le raisonnement d'un financement "à la place" qui est ici remis en cause* ».

(1) Inspections générales des affaires sociales et des finances, *Établissements et services pour personnes handicapées. Offre et besoins, modalités de financement*, octobre 2012.

En juillet 2013, un nouveau rapport conjoint aux inspections générales des affaires sociales et des finances, établi par Laurent Vachey et Agnès Jeannet ⁽¹⁾, explore les pistes de réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées dont découle la feuille de route de la réforme « Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées », dite Serafin-PH. Celle-ci repose sur l'idée que l'évolution des modalités de tarification des ESSMS doit accompagner, et à tout le moins ne pas entraver, l'évolution des modalités d'organisation des établissements et services vers plus de souplesse, en lien avec la logique de parcours préconisée dans la transformation de l'offre médico-sociale.

B. LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

1. Les principes de la réforme Sérafin PH

La réforme Sérafin-PH a été engagée en 2014 afin d'accompagner la transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées, dans la continuité de la loi précitée du 11 février 2005, en lien avec la priorité donnée à l'autonomie et à l'auto-détermination. Elle poursuit trois objectifs ⁽²⁾ :

- l'équité : le nouveau modèle de financement doit garantir une équité de financement entre les ESSMS, et inciter les structures à proposer des accompagnements adaptés et évolutifs aux personnes handicapées ;

- la simplicité : le nouveau modèle de financement doit être lisible pour les acteurs du champ du handicap et ne pas entraîner une complexification des procédures actuelles de tarification ;

- le soutien à la transformation de l'offre médico-sociale : la réforme doit encourager des parcours fluides, modulaires, personnalisés, qui s'inscrivent dans le cadre d'une société inclusive.

Le projet a été construit en trois phases :

- la construction des outils permettant une allocation des ressources renouvelées, dont la nomenclature des besoins et des prestations, ainsi que des enquêtes sur les coûts (2014-2018) ;

- la construction du nouveau modèle de financement, et des simulations de ses effets sur le financement des établissements et services (2019-2024) ;

(1) *Inspections générales des affaires sociales et des finances, Mission d'assistance. Modernisation de l'action publique. Réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées, juillet 2013.*

(2) *Direction générale de la cohésion sociale et Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Premières propositions sur des modèles de financement possibles dans le cadre de la réforme tarifaire SERAFIN-PH. Rapport de synthèse, novembre 2019.*

- le déploiement du nouveau modèle tarifaire, à compter de 2026.

2. Les scénarios envisagés

Dans un rapport de synthèse publié en 2019, trois modèles de financement avaient été ébauchés :

- scénario n°1 : le financement des opérateurs sur la base d'un droit de tirage individuel des personnes accompagnées, qui bénéficieraient d'un panier de prestations en nature déterminé selon leurs caractéristiques, dont elles feraient usage auprès des ESSMS, alors payés en fonction des prestations effectivement servies ;

- scénario n°2 : le versement d'une dotation composée d'une part socle déterminée pendant la durée du CPOM selon les caractéristiques de l'établissement ou du service, et d'une part variable calculée selon les besoins des personnes accompagnées et composée de financements complémentaires à l'appréciation des autorités de tarification et de contrôle ;

- scénario n°3 : une combinaison des deux modèles précédents avec un droit de tirage individuel sur un périmètre restreint à certaines prestations directes qui compléterait la dotation allouée à l'établissement ou au service.

Lors du groupe technique national du 6 décembre 2024, le deuxième scénario a été retenu. Il impliquait le financement des établissements et services par une dotation principale, une modulation à l'activité réelle, une dotation « transports » et une dotation complémentaire.

II. LE DROIT PROPOSÉ

Le présent article met en œuvre la première étape de la réforme Serafin-PH en modifiant les modalités de tarification des établissements pour enfants et jeunes adultes handicapés.

A. LES NOUVELLES MODALITÉS DE TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR ENFANTS ET JEUNES ADULTES HANDICAPÉS

- Le I crée un nouvel article L. 314-2-4 au sein du code de l'action sociale et des familles.

Le I de ce nouvel article prévoit que, par dérogation aux règles budgétaires et de financement des établissements énoncées à l'article L. 314-7 du même code, les établissements et services accompagnant des enfants et des jeunes handicapés sont financés par une dotation globale de fonctionnement composée :

- d'une part principale qui tient compte de la capacité autorisée, des modalités d'accueil proposées et des besoins d'accompagnement et de soins des

personnes accompagnées. Elle peut être modulée en fonction de l'activité réalisée et de l'atteinte d'objectifs relatifs à la qualité de l'accompagnement et à la coopération avec les partenaires éducatifs, sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;

– de financements complémentaires définis par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

En vertu du III de ce nouvel article, ces dispositions seront précisées par décret.

Le II du nouvel article précise que les établissements ou services concernés transmettent les données nécessaires au calcul de la dotation globale de fonctionnement à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et à l'agence régionale de santé.

Le IV du présent article repousse l'entrée en vigueur de ces dispositions au 1^{er} janvier 2027.

B. LA MISE EN OEUVRE D'UN RÉGIME TRANSITOIRE DE TARIFICATION À COMPTER DE 2027

Le II organise un régime transitoire de tarification des établissements pour enfants et jeunes adultes handicapés. Pendant au maximum huit ans, la part principale de la dotation globale de fonctionnement sera déterminée chaque année en fonction :

- du montant de cette part principale versé l'année précédente ;
- du montant de la part principale qui résulterait de l'application complète du nouveau régime de tarification.

Pour l'année 2027, première année d'application du dispositif, la valeur de la part principale retenue au titre de l'année précédente sera calculée à partir d'informations transmises en 2026 à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et aux agences régionales de santé par les établissements et services concernés en application du V. Ces informations doivent permettre de simuler le montant de la part principale et de sa modulation en application du nouveau régime de tarification.

Le deuxième alinéa du II prévoit que les modalités d'application de ce régime transitoire de tarification seront précisées par décret en Conseil d'État, et notamment la durée de la période transitoire ainsi que la formule de modulation appliquée pendant cette période.

Le III prévoit que les établissements ou services médico-sociaux pour enfants et jeunes adultes handicapés soumettent à leur autorité de tarification un état prévisionnel des recettes et des dépenses à compter de leur couverture par un CPOM ou, à défaut, le 1^{er} janvier 2027.

C. LE FINANCEMENT DE LA RÉFORME SERAFIN-PH

La réforme Serafin-PH vise la convergence tarifaire entre les établissements et services accompagnant les personnes handicapées. Dès lors, les nouvelles modalités de tarification entraîneront, à terme, des hausses de moyens dans certains établissements historiquement mal dotés, et des baisses dans d'autres. Selon les informations communiquées par la direction générale de la cohésion sociale lors de son audition par le rapporteur général, la période de transition doit permettre de lisser les diminutions de moyens pour les établissements « perdants », là où les hausses de moyens seront immédiates, dès la première année de mise en œuvre, pour les établissements « gagnants ».

Un accompagnement financier de la réforme est prévu par le projet de loi de financement de la sécurité sociale. L'enveloppe totale s'élève à 360 millions d'euros pour la période 2027-2030, soit un montant annuel de 90 millions d'euros pour permettre aux établissements et services d'ajuster leur activité.

Le rapporteur thématique s'inquiète de la réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées proposée à l'article 38. Si l'objectif d'une convergence tarifaire entre les établissements est souhaitable, afin de remédier aux disparités constatées, le rapporteur estime qu'une évolution de la tarification ne peut se faire à coûts quasi-constants, au risque d'entraîner une diminution des moyens alloués à certains établissements considérés comme historiquement sous-dotés. Dans un tel cadre, le soutien à l'autonomie n'est pas un investissement mais un coût. En effet, compte tenu des enjeux liés à la transformation de l'offre médico-sociale et à la qualité de l'accompagnement proposé aux personnes handicapées, une augmentation des dotations aux établissements et services est nécessaire, sans qu'aucun établissement ne soit « perdant ». Dès lors, en l'absence d'une clause de non-régression des moyens alloués aux établissements et services, le rapporteur s'opposera à cet article.

Par ailleurs, suivant les pratiques de soins fondées sur le symptôme plutôt que sur l'histoire globale du patient, la démarche Serafin induit une approche cognitive et comportementaliste de l'accompagnement. Pour appliquer ce projet, il faudrait intégrer chaque individu dans une nomenclature de besoins à convertir en prestations limitées (soins, autonomie, participation sociale). Une partie de celles-ci seraient externalisées (pilotage, support, logistique) comme l'indique le groupe de travail CNSA-DGCS dépourvu de représentation du personnel par leurs organisations syndicales, aboutissant à une mise en concurrence des établissements pour abaisser le niveau de tarification directe et indirecte. Le modèle de tarification proposé demeure en outre particulièrement opaque : ses modalités, c'est-à-dire le prix alloué à chaque service ou prestation, seront définies par voie réglementaire. Cela empêche les parlementaires de se positionner politiquement sur les conséquences de la réforme, sinon contre ce dispositif, par principe de précaution.

*

* *

Article 37

Contribution à la prise en charge du coût de l'accord du 4 juin 2024 par les départements

Cet article prévoit le versement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements d'une contribution annuelle de 85 millions au titre de la prise en charge des surcoûts résultant de l'accord professionnel du 4 juin 2024 élargissant le bénéfice des revalorisations salariales issues du Ségur de la santé à l'ensemble des personnels de la branche associative sanitaire, sociale et médico-sociale.

Le secteur sanitaire, social et médico-social se caractérise par une multiplicité d'établissements et services, qui peuvent relever du secteur public, du secteur associatif, ou du secteur privé lucratif, et dont le financement est assuré, selon les structures, par la sécurité sociale, l'État ou des collectivités territoriales. Les personnels de ces établissements et services exercent des professions diverses, et relèvent, en conséquence, de différents statuts et conventions collectives en fonction des branches professionnelles et du statut juridique de leur structure.

Cette complexité du secteur sanitaire, social et médico-social a été mise en lumière dans le cadre des négociations engagées à compter du mois de mai 2020 suite au « Ségur de la santé » en vue de revalorisations salariales. La question des « oubliés du Ségur » s'est alors imposée dans le débat public et a nécessité des réponses de la part des pouvoirs publics.

**BRANCHES PROFESSIONNELLES ET CONVENTIONS COLLECTIVES APPLICABLES AU
SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO SOCIAL SELON LE STATUT JURIDIQUE DES STRUCTURES**

Secteur	Type de structures	Branche professionnelle	Convention collective nationale (CCN)
Privé non lucratif	ESMS*	Branche associative sanitaire et médico-sociale à but non lucratif	CCN 1951
			CCN 1996
			Croix-Rouge Française
			Aucune CCN
		UNISS	CCN 1965
		Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile	CCN 2010
		Personnels des organismes de sécurité sociale	CCN 1957
		Mutualité	CCN 2000
		Habitat et logement accompagné	CCN 2003
	Non ESMS	Centres sociaux et socioculturels, associations d'accueil de jeunes enfants, associations de développement local social	CCN 1983
		Métiers de l'éducation, de la culture, des loisirs, de l'animation	CCN 1988
Privé lucratif	ESMS	Établissements de l'hospitalisation privée à caractère commercial	CC 2002
		Entreprises privées de services à la personne	CC 2012
	Non ESMS	Assistants maternels des particuliers employeurs	CC 2004
		Salariés du particulier employeur	CC 1999
Public	ESMS	Fonction publique hospitalière, territoriale et de l'État	Statuts de la fonction publique

* Établissements ou services médico-sociaux.

Source : rapport sur les « exclus du Ségur » transmis par le Gouvernement au Parlement en application de l'article 83 de la LFSS 2023.

I. LE DROIT EXISTANT

A. L'EXTENSION PROGRESSIVE DES MESURES DE REVALORISATION SALARIALE DANS LE SECTEUR SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Les métiers du soin et du secteur social et médico-social souffrent, depuis de nombreuses années, d'un déficit d'attractivité. Lors de la crise sanitaire liée à la covid-19, ces professionnels ont été placés en première ligne pour répondre à l'urgence et accompagner les personnes les plus vulnérables. Dans ce contexte, des mesures de revalorisations salariales historiques ont été décidées pour renforcer l'attractivité du secteur et soutenir les personnes exerçant ces métiers essentiels. Néanmoins, ces mesures n'ont pas permis de restaurer l'attractivité de ces métiers, mais constituent tout juste un bouclier minimal, largement absorbé par l'inflation depuis, et non une rémunération digne.

1. Le déploiement progressif des mesures de revalorisations du « Ségur de la Santé »

On distingue aujourd'hui cinq grandes phases de revalorisations successives des professionnels du secteur sanitaire et médico-social.

- **Les accords du Ségur de la santé** ont été signés le 13 juillet 2020. Ils concernaient l'ensemble des professionnels exerçant dans les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) publics et privés, hors médecins. Ces personnels ont ainsi bénéficié de la « prime Ségur », soit une revalorisation de l'ordre de 183 euros nets par mois. Dans le secteur public, elle s'est traduite par l'instauration du complément de traitement indiciaire (CTI) ⁽¹⁾ ; dans le secteur privé, elle a été transposée par des accords collectifs.

- Une mission a ensuite été confiée à M. Michel Laforcade afin d'identifier les catégories de professionnels susceptibles de bénéficier d'une extension des mesures du Ségur de la santé. Un premier accord a été signé le 11 février 2021 en vue de revaloriser l'ensemble des personnels non médicaux des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) rattachés aux établissements publics de santé ou aux Ehpad relevant de la fonction publique hospitalière.

Cette mission s'est ensuite achevée par la **signature, le 28 mai 2021, de deux accords relatifs aux établissements médico-sociaux autonomes**. Le premier étend le bénéfice du CTI à l'ensemble des personnels soignants et accompagnants éducatifs et sociaux, titulaires et contractuels exerçant dans des structures financées, en tout ou partie, par l'assurance maladie. Le second étend le bénéfice de la revalorisation aux professionnels de ces mêmes établissements relevant du secteur privé non lucratif.

(1) Article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

- La **loi de financement de la sécurité sociale pour 2022** ⁽¹⁾ a transposé, au niveau législatif, l'ensemble des accords Laforcade, et a étendu le bénéfice de la revalorisation aux personnels soignants, auxiliaires de vie sociales, aides médico-psychologiques ou accompagnants éducatifs et sociaux exerçant dans les établissements et services accompagnant des personnes handicapées ou des personnes âgées financés par les départements.

- En parallèle, en 2021, **l'avenant 43 à la convention collective de la branche professionnelle de l'aide à domicile** a été agréé par le Gouvernement. Celui-ci conduit à une revalorisation moyenne des rémunérations des professionnels du secteur de l'ordre de 15 % par rapport à 2020, soit un montant équivalent au CTI. Cette augmentation bénéficie principalement aux salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux non lucratifs.

- Enfin, la Conférence des métiers, organisée le 18 février 2022 par le Premier ministre, M. Jean Castex, a abouti à de nouvelles revalorisations structurelles dans le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour les professionnels en charge de l'accompagnement socio-éducatif, les personnels soignants, les médecins et les aides à domicile qui n'avaient pas bénéficié antérieurement des mesures issues du Ségur et Laforcade ou de l'avenant 43 de la branche de l'aide à domicile.

(1) Article 42 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

**PÉRIMÈTRE DES REVALORISATIONS INTERVENUES DANS LE SECTEUR SANITAIRE,
SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL DEPUIS 2020**

Phase de revalorisation	Établissements couverts	Métiers concernés	Statut juridique
Ségur de la santé Juillet 2020	Établissements de santé et Ehpad	Tous (sauf personnel médical en Ehpad)	Public et privé
Accords Laforcade Février et mai 2021	ESMS rattachés à un établissement de santé ou à un Ehpad ESMS cofinancés par la branche autonomie	Soignants	Public et privé
Avenant 43 de la branche de l'aide à domicile Octobre 2021	Services et établissements rattachés à la branche de l'aide à domicile	Tous	Privé à but non lucratif
Loi de financement de la sécurité sociale pour 2022	Établissements médico-sociaux financés par les départements	Soignants	Public et privé
Conférence des métiers Février 2022	ESMS Établissements sociaux financés par l'État ou les collectivités territoriales	Personnel médical, personnel socio-éducatif, aides à domicile	Public et privé

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, « Les revalorisations salariales des secteurs sanitaire, médicosocial et social », Les comptes de la sécurité sociale, juillet 2022.

2. La persistance des « oubliés du Ségur »

Malgré l'extension progressive des mesures de revalorisation issues du Ségur de la santé entre 2020 et 2022, certains professionnels soignants ou socio-éducatifs n'ont pas bénéficié du Ségur. Dans un rapport remis au Parlement en décembre 2023, le Gouvernement a identifié deux grandes catégories de professionnels « exclus du Ségur » ⁽¹⁾.

- D'une part, les professionnels soignants ou socio-éducatifs qui n'exercent pas dans des structures relevant du secteur sanitaire, social ou médico-social n'ont pas bénéficié des mesures de revalorisation salariale. Il s'agit notamment des personnels des caisses de sécurité sociale, des centres sociaux et culturels, des établissements d'accueil de jeunes enfants, des missions d'évaluation ou de coordination telles que les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou encore des missions locales, des dispositifs d'insertion et du réseau Cap emploi.

- D'autre part, les personnels travaillant au sein de structures relevant du secteur sanitaire, social ou médico-social mais n'exerçant pas des fonctions de soin ou d'accompagnement socio-éducatif ont également été exclus du périmètre des mesures de revalorisation, à l'exception des personnels des Ehpad ou des

(1) Rapport sur les « exclus du Ségur » transmis par le Gouvernement au Parlement en application de l'article 83 de la LFSS 2023.

établissements de santé. Il s'agit principalement des professionnels exerçant des fonctions administratives ou techniques ⁽¹⁾.

3. L'accord du 4 juin 2024 : le « Ségur pour tous »

Les négociations relatives à l'extension des mesures du Ségur se sont poursuivies au sein de la branche professionnelle sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif (Bass). Elles ont abouti à l'accord du 4 juin 2024 ⁽²⁾, agréé par l'arrêté du 25 juin 2024 ⁽³⁾, qui étend la prime Ségur à l'ensemble des salariés de la Bass qui n'en étaient pas encore bénéficiaires, y compris lorsque leur employeur n'est pas adhérent aux syndicats patronaux Nexem ou Fehap.

Cet accord s'inscrit dans le cadre des travaux de préfiguration d'une convention collective nationale unique étendue (CCNUE) pour la Bass, afin d'unifier les différentes conventions collectives applicables à la branche, et de couvrir les salariés de la branche qui ne sont régis par aucune convention collective – soit environ 20 % d'entre eux.

B. L'ENJEU DE LA COMPENSATION DES SURCÔÛTS RÉSULTANT DES REVALORISATIONS SALARIALES

Au-delà du champ d'application des mesures de revalorisations salariales issues du Ségur et de son extension progressive, le financement de ces revalorisations et la compensation des surcoûts qui en résultent pour les employeurs interrogent. En juillet 2020, lorsque la première étape du Ségur de la santé est annoncée, le coût annuel, pour la sécurité sociale, des revalorisations décidées dans les établissements de santé et les Ehpad était estimé à 8 milliards d'euros. Suite à l'extension progressive de ces mesures de revalorisation, le coût annuel du Ségur pour la sécurité sociale est désormais estimé à 13 milliards d'euros en 2024, toutes branches confondues, dont 10,9 milliards d'euros pour les revalorisations intervenues dans le secteur sanitaire et médico-social ⁽⁴⁾.

1. Le financement du Ségur de la santé

L'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles prévoit que « les conventions ou accords agréés s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification ». Ainsi, **les autorités tarifatrices sont tenues de compenser les surcoûts auxquels les établissements et services employeurs qu'elles financent**

(1) Selon les estimations de la CFDT, cela représenterait environ 3 000 agents.

(2) Accord du 4 juin 2024 relatif à l'extension du Ségur dans le cadre de la politique salariale en lien avec la négociation sur la CCNUE dans le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif.

(3) Arrêté du 25 juin 2024 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif étendu par l'arrêté du 5 août 2024 portant extension d'un accord conclu dans le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif.

(4) Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, Annexe 1 « Maladie », projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024.

font face suite aux mesures de revalorisation salariale agréées par le ministre en charge des affaires sociales.

Les employeurs des salariés ayant bénéficié des revalorisations du Ségur ont vu les surcoûts en résultant en tout ou partie compensés par la sécurité sociale. Le rapport du Gouvernement au Parlement relatif aux « exclus du Ségur » indique ainsi que « *des circuits de compensation ont été mis en place afin de déléguer les crédits auprès des établissements et services employeurs des professionnels éligibles à la revalorisation* » et souligne que « *le choix a été fait de limiter l'impact financier lié à ces revalorisations salariales pour les autres financeurs publics, et notamment les départements* » ⁽¹⁾. Toutefois, le 16 octobre 2024, lors de son audition devant la commission des affaires sociales, le ministre du budget Laurent Saint-Martin avait lui-même admis que « le Ségur de la santé n'était pas initialement financé » ⁽²⁾.

- La revalorisation des professionnels exerçant en Ehpad ou dans les établissements de santé a été prise en charge intégralement par la sécurité sociale. S'agissant des Ehpad, dans la mesure où une partie de la rémunération des professionnels qui y travaillent relève du forfait dépendance, financé par les départements, l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a prévu que le forfait relatif aux soins, financé par la branche autonomie, puisse prendre en charge ces revalorisations, soit une compensation dont le montant est évalué à **500 millions d'euros par an** ⁽³⁾.

- Dans le cadre des revalorisations issues des accords Laforcade, qui concernent les professionnels des ESSMS pour personnes âgées ou handicapées financés en tout ou partie par l'objectif global de dépenses de la branche autonomie, les départements qui cofinancent ces établissements et services ont bénéficié d'une compensation financière à hauteur de **60 millions d'euros par an** ⁽⁴⁾.

De même, l'extension de cette mesure aux professionnels paramédicaux exerçant dans des établissements ou services exclusivement financés par les départements a été prise en charge par la branche autonomie, pour un montant évalué à **115 millions d'euros par an** ⁽⁵⁾.

- La revalorisation des personnels de la branche professionnelle de l'aide à domicile relevant de la fonction publique territoriale a fait l'objet d'une compensation par un dispositif spécifique ⁽⁶⁾. Le montant de la compensation dont ont bénéficié les départements s'élève à **20 millions d'euros par an**.

(1) Rapport sur les « exclus du Ségur » transmis par le Gouvernement au Parlement en application de l'article 83 de la LFSS 2023.

(2) Compte rendu de la réunion de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, jeudi 16 octobre 2025.

(3) Article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(4) Article 42 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(5) Article 43 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(6) Article 47 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

● Enfin, la revalorisation des professionnels de la filière socio-éducative résultant de la conférence des métiers du 18 février 2022, s’est accompagnée d’un mécanisme de plafonnement qui garantit que le total des dépenses engagées par l’ensemble des départements au titre des revalorisations salariales sur le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux privés non lucratifs ne dépasse pas, au niveau national, 30 % du total des dépenses engagées, tous financeurs confondus ⁽¹⁾. Pour l’année 2023, le montant total de la compensation s’élevait à **34 millions d’euros**.

Malgré l’existence de ces différents mécanismes de compensation des surcoûts résultant de la mise en œuvre des mesures de revalorisation salariale dans le secteur sanitaire et médico-social, leur financement reste un sujet de tensions majeures entre les établissements et services employeurs, leurs financeurs, et l’État et la sécurité sociale. En particulier, les départements alertent depuis plusieurs années sur leurs difficultés à prendre en charge les mesures d’attractivité décidées en faveur des professionnels du secteur ⁽²⁾.

En outre, le rapporteur thématique souligne que les employeurs associatifs du secteur médico-social concernés par les mesures de revalorisation du Ségur n’ont pas tous bénéficié d’une compensation budgétaire, ni d’une indexation de leurs financements sur le surcoût engendré. En conséquence, un certain nombre d’associations ont absorbé la hausse de salaire par le biais de licenciements, de gel d’embauches ou de la suppression d’une partie de leur activité médico-sociale.

2. Le financement du « Ségur pour tous »

La mise en œuvre de l’accord du 4 juin 2024, qui prévoit l’extension de la prime Ségur à tous les salariés de la Bass se traduit par environ **170 millions d’euros de dépenses supplémentaires annuelles pour les départements**. Toutefois, dès le mois de juillet 2024, Départements de France a appelé à ce que cette mesure soit « gelée » dans l’attente d’un engagement de l’État à compenser intégralement les surcoûts en résultant, mettant en avant leur situation financière déjà fragilisée par les précédentes mesures du Ségur. Pour autant, le rapporteur thématique souligne que lors de l’examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 ⁽³⁾, le Gouvernement s’est opposé aux amendements parlementaires visant une compensation intégrale de ces surcoûts en raison de « *la situation économique* ». À la place, il s’était engagé à examiner « *point par point, au cours de l’exercice budgétaire 2025, les possibilités de traiter ces situations* » ⁽⁴⁾.

(1) Arrêté du 3 juillet 2023 fixant le montant de la compensation de l’État par département au titre du financement des revalorisations salariales des personnels soignants de la protection maternelle infantile, des centres de planification et des centres de prophylaxie sanitaire et des personnels accompagnants socio-éducatifs dans les établissements et services sociaux et médico sociaux du secteur privé non lucratif.

(2) Voir par exemple le communiqué de presse publié par Départements de France le 26 août 2025, « Appel des Départements de France à la Ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles pour une juste compensation du Ségur pour tous ».

(3) Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(4) Compte rendu de la séance publique du 22 janvier 2025 au Sénat.

Un compromis a été trouvé au mois d'avril 2025. Lors d'un comité des financeurs des politiques sociales, les ministres Catherine Vautrin et Charlotte Parmentier-Lecocq ont annoncé que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) apportera, dès 2025, un **soutien pérenne aux départements à hauteur de 85 millions d'euros par an, soit 50 % du coût annuel estimé à 170 millions d'euros** de la mise en œuvre de l'accord du 4 juin 2024. Ainsi, la moitié du surcoût résultant de ces revalorisations demeurera à la charge des collectivités territoriales, dans un contexte de réduction tendancielle de leurs dotations.

II. LE DROIT PROPOSÉ

Le présent article correspond à la traduction juridique et budgétaire du compromis trouvé par le Gouvernement et les départements.

Le 2° du présent article insère un II au sein de l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, relatif à la prise en charge, par la branche autonomie, des surcoûts résultant des revalorisations issues du Ségur pour les personnels des établissements et services médico-sociaux financés par les départements ne relevant pas de l'objectif global de dépenses de la branche autonomie. Ce nouveau II prévoit le **versement par la CNSA aux départements d'une aide forfaitaire annuelle de 85 millions d'euros** « afin de contribuer au financement du coût des mesures de revalorisations salariales, dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux à but non lucratif accueillant des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, résultant de l'accord de branche du 4 juin 2024 relatif à l'extension du Ségur dans le cadre de la politique salariale dans le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non-lucratif ».

Le **b** du 3° prévoit l'entrée en vigueur rétroactive au 1^{er} janvier 2025 de ces dispositions.

Le 1° et le **a** du 3° procèdent aux coordinations nécessaires au sein de l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Le rapporteur se satisfait de la contribution de la CNSA au financement du Ségur proposée à l'article 37, qui permet la concrétisation partielle et tardive d'un engagement gouvernemental et évite la mise en concurrence du budget des départements avec la rémunération des personnels de secteur médico-social. Il souligne néanmoins l'insuffisance des moyens alloués pour garantir à l'ensemble des professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social une rémunération digne. Il relève, en outre, que cette enveloppe de 85 millions d'euros à destination des départements ne permet pas de financer l'ensemble des surcoûts résultant des revalorisations du Ségur, avec le risque que les établissements et services employeurs voient leur situation financière déjà très alarmante plus encore fragilisée.

Ainsi, pour le rapporteur, l'adoption de l'article 37 appelle trois dispositions complémentaires : l'entrée en vigueur rétroactive de cette mesure au 1^{er} janvier 2024, comme prévu par l'accord du 4 juin 2024, l'extension à l'ensemble des salariés du secteur sanitaire ou médico-social, y compris les professionnels intervenant en dehors des structures dédiées ou exerçant une activité technique et administrative, ainsi que la compensation intégrale de cette revalorisation. À défaut, le Ségur met en concurrence les salariés entre eux et engendre des suppressions d'emplois ou de missions.

*

* *

Article 38

Déduire des indemnités versées par les assurances et les fonds d'indemnisation l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap

Cet article autorise les départements à déduire des montants de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap les indemnités perçues par leurs bénéficiaires au titre de la réparation d'un dommage corporel, lorsque celui-ci est à l'origine de leur perte d'autonomie ou de leur handicap.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LE PRINCIPE DE LA RÉPARATION INTÉGRALE AUTORISE L'EXERCICE D' ACTIONS SUBROGATOIRES ENTRE CERTAINS CRÉANCIERS DE PRESTATIONS INDEMNITAIRES ET L'AUTEUR DU DOMMAGE

Le principe de la réparation intégrale du préjudice, cardinal au droit civil de la responsabilité, implique qu'il « ne puisse y avoir pour la victime ni perte ni profit » ⁽¹⁾. La victime d'un dommage perçoit, en réparation de son préjudice des dommages et intérêts. Elle peut également se voir verser des prestations de nature indemnitaire de la part de tiers payeurs, tels que son employeur ou des organismes privés ou publics qui, selon une logique assurantielle, lui servent ces indemnités en contrepartie de cotisations préalables. Ces prestations de nature indemnitaire viennent en déduction des dommages et intérêts versés à la victime par l'auteur du dommage, de sorte qu'elle n'enregistre ni gain ni perte.

Pour faciliter l'indemnisation de la victime, les actions subrogatoires permettent à une personne autre que l'auteur du dommage d'y procéder, avant de se subroger dans les droits de la victime pour en obtenir le remboursement. Ce mécanisme autorise, par exemple, l'assureur ayant indemnisé une victime à agir à sa place et à hauteur de la somme versée contre l'auteur du dommage. Le code civil

(1) *Cour de cassation, 2^{ème} chambre civile, 9 novembre 1976, n°75-11.737.*

organise le régime subrogatoire de droit commun ⁽¹⁾ et de nombreux textes ont prévu des régimes subrogatoires spéciaux.

C'est le cas de la loi du 5 juillet 1985 ⁽²⁾, qui organise un régime spécial de recours subrogatoire réservé à certains tiers payeurs ayant versé des prestations couvrant les dommages résultant d'une atteinte à la personne. Elle poursuivait le double objectif d'améliorer la réparation du préjudice subi par la victime et de clarifier les recours des tiers payeurs.

L'article 29 de ladite loi prévoit à ce titre une liste limitative des prestations ouvrant droit à un recours pour un nombre limité de tiers payeurs contre le tiers responsable ou son assureur. Au sens de l'article 29, les tiers payeurs et les prestations concernées sont :

- les organismes, établissements et services gérant un régime obligatoire de sécurité sociale, de même que les organismes d'assurance maladie et d'assurance accidents des exploitants agricoles, et ce pour toutes les prestations qu'ils versent ;

- l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics à caractère administratif, la Caisse des dépôts et consignations pour certaines prestations servies au profit de leurs agents victimes ;

- les organismes, quels qu'ils soient, ayant versé des sommes en remboursement des frais de traitement médical et de rééducation ;

- l'employeur de la victime pour les salaires et accessoires versés pendant la période d'inactivité consécutive à l'événement qui a occasionné le dommage ;

- les groupements mutualistes, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour les indemnités journalières de maladie et prestations d'invalidité ⁽³⁾.

En application de l'article 33 de la loi du 5 juillet 1989, en dehors des prestations limitativement énoncées, « aucun versement effectué au profit d'une victime en vertu d'une obligation légale, conventionnelle ou statutaire n'ouvre droit à une action contre la personne tenue à réparation du dommage ou son assureur ». En outre, l'article 31 précise que « les recours subrogatoires des tiers payeurs s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel ». Ainsi, le recours subrogatoire ne concerne que la somme perçue par la victime au titre d'un préjudice patrimonial (préjudice matériel, assistance à une tierce personne, dépenses de santé, etc.) par opposition au préjudice personnel (préjudice corporel, d'agrément, moral, sexuel, etc.).

(1) Articles 1361 et suivants du code civil.

(2) Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

(3) Conseil constitutionnel, commentaire de la décision n° 2016-613 QPC du 24 février 2017.

Ces dispositions permettent aux organismes financeurs de certaines prestations de sécurité sociale, à l'image de la majoration pour tierce personne en complément d'une pension d'invalidité de niveau 3 ou d'une pension de vieillesse anticipée ou de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne (PC RTP) versée au titulaire d'une rente AT-MP, de réclamer au responsable du dommage ou à son assureur le remboursement des frais engagés au titre des besoins d'assistance par une tierce personne. Le responsable du dommage ou son assureur déduit alors ces remboursements du dédommagement versé à la victime.

B. L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE ET LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP EXCLUES DE LA LISTE DES PRESTATIONS OUVRANT DROIT À UN RECOURS SUBROGATOIRE

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)⁽¹⁾ et la prestation de compensation du handicap (PCH)⁽²⁾ sont des prestations sociales en réponse à des besoins liés à la perte d'autonomie ou au handicap, dans une logique de solidarité nationale. Elles reposent sur l'élaboration d'un plan d'aide et d'accompagnement du bénéficiaire, en fonction de ses besoins et de son projet de vie. Elles sont financées par le département, lui-même bénéficiant des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Ni l'allocation personnalisée d'autonomie, ni la prestation de compensation du handicap ne relèvent de la liste limitative figurant à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1989. Pourtant, la perte d'autonomie ou le handicap qu'elles compensent peut résulter d'un accident ou d'une agression amenant un tiers, auteur du dommage, à indemniser la victime. Or, l'APA et la PCH peuvent prendre en charge des dépenses qui relèvent également des dommages et intérêts versés au titre d'un préjudice patrimonial, à l'instar des dépenses d'aménagement du logement ou du véhicule, ou de l'assistance à tierce personne. Le département n'est toutefois pas autorisé à exercer un recours subrogatoire pour obtenir le remboursement des dépenses engagées auprès de l'auteur du dommage, lorsque celui-ci a causé la perte d'autonomie ou le handicap. Dès lors, la victime d'un accident ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne peut obtenir une indemnisation à ce titre de l'auteur du dommage, mais également bénéficier d'un financement identique au titre de l'APA ou de la PCH.

Si les départements ne sont pas autorisés à exercer un tel recours subrogatoire, les fonds d'indemnisation peuvent, eux, déduire du montant de l'indemnisation allouée les indemnités de toute nature reçues ou à recevoir au titre du même préjudice⁽³⁾. Ainsi, l'APA et la PCH peuvent être retranchées du montant

(1) Articles L. 232-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

(2) Articles L. 245-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

(3) Voir l'article 706-9 du code de procédure pénale pour le fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI), l'article L. 1142-14 du code de la santé publique pour l'Office nationale d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam), et l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 pour le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva).

de l'indemnisation allouée par un fonds d'indemnisation à la victime d'un dommage, à condition d'avoir été accordées avant la décision du fonds lui-même. En revanche, les fonds d'indemnisation ne bénéficient pas des recours subrogatoires prévus à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985.

C. DES JURISPRUDENCES DIVERGENTES SUR LE CARACTÈRE INDEMNITAIRE DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE ET DE LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP

L'interdiction, pour les départements, d'exercer un recours subrogatoire pour obtenir le remboursement des dépenses engagées au titre de l'APA et de la PCH auprès de l'auteur d'un dommage ayant causé la perte d'autonomie ou le handicap a fait l'objet de nombreux recours juridictionnels.

La Cour de cassation considère que l'APA et la PCH ne peuvent être imputées sur les dommages et intérêts versés à la victime, en l'absence de recours subrogatoire au bénéfice du département prévu à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1989 ⁽¹⁾. Le Conseil d'État a adopté une position différente en estimant qu'« en vertu des principes qui régissent l'indemnisation par une personne publique des victimes d'un dommage dont elle doit répondre, il y a lieu de déduire d'une rente allouée à la victime du dommage dont un établissement public hospitalier est responsable, au titre de l'assistance par tierce personne, les prestations versées par ailleurs à cette victime et ayant le même objet » ⁽²⁾, et en l'espèce la PCH. Le raisonnement du Conseil d'État repose ici sur le principe de la réparation intégrale, qui exclut tout gain, comme toute perte, pour la victime du dommage ⁽³⁾.

Dans une décision du 24 février 2017 ⁽⁴⁾, le Conseil constitutionnel s'est prononcé sur la constitutionnalité de l'exclusion de tout recours subrogatoire au bénéfice du département au regard des principes d'égalité devant la loi et devant les charges publiques. Il a considéré que les tiers payeurs énumérés à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 sont soit les employeurs de la victime, soit ceux qui, selon une logique assurantielle, lui servent des prestations en contrepartie des cotisations qu'elle leur a versées. Or, « le département, lorsqu'il verse la prestation de compensation du handicap, qui est une prestation d'aide sociale reposant sur la solidarité nationale, limitée à certaines dépenses découlant du handicap, n'est pas placé dans la même situation que les autres tiers payeurs qui versent les prestations énumérées à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985 ».

Le commentaire attaché à la décision explicite la position du Conseil constitutionnel en différenciant les prestations de nature indemnitaire des prestations

(1) Voir par exemple *Cour de cassation, 1ère chambre civile, 10 septembre 2015, n° 14-23.623* ou *Cour de cassation, 2ème chambre civile, 20 octobre 2016, n° 15-17.507*.

(2) *Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 23 septembre 2013, n° 350799*.

(3) *Conseil constitutionnel, commentaire de la décision n° 2016-613 QPC du 24 février 2017*.

(4) *Conseil constitutionnel, décision n° 2016-613 QPC du 24 février 2017, Département d'Ille-et-Vilaine*.

d'aide sociale ⁽¹⁾. Selon le Conseil, la PCH est une prestation d'aide sociale, ce qui n'est pas le cas des autres prestations services par les tiers payeurs énumérés à l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985, qui reposent sur une logique assurantielle. L'aide sociale est une obligation matérielle ou financière mise à la charge des collectivités publiques en vue de couvrir un besoin, sans condition de contrepartie de la part du bénéficiaire. Son financement est assuré essentiellement par l'impôt, non par des cotisations sociales. En outre, le commentaire souligne que la PCH est une prestation destinée à compenser les conséquences du handicap, non à fournir un complément de rémunération. Enfin, selon le commentaire, si la Cour de cassation et le Conseil d'État ont pu reconnaître à la PCH un caractère indemnitaire, « cette reconnaissance se fonde uniquement sur le mode de calcul de la prestation, fonction de l'ampleur du préjudice, et non sur une finalité particulière que lui aurait assignée le législateur ».

En conclusion, le Conseil constitutionnel souligne que « les dispositions contestées ne privent pas le département de la possibilité de récupérer auprès du bénéficiaire de la prestation les sommes qui lui auraient été indûment versées. Elles n'interdisent pas non plus de tenir compte, pour le calcul du montant de la prestation de compensation du handicap, des besoins réels du bénéficiaire et des ressources dont il dispose, y compris des sommes reçues le cas échéant en indemnisation de son dommage ».

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. LE DISPOSITIF JURIDIQUE

L'article 38 autorise le département à déduire du montant de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile ou de la prestation de compensation du handicap les indemnités reçues par le bénéficiaire au titre du dommage corporel dont il a été victime dès lors qu'elles ont pour objet de couvrir les mêmes besoins que ceux figurant dans son plan d'aide.

● Les **I** et **III** introduisent cette disposition dans le code de l'action sociale et des familles respectivement aux articles L. 232-4, relatif à la détermination du montant de la participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie, et L. 245-6, relatif à la détermination du montant de la prestation de compensation du handicap et à la prise en compte des ressources du bénéficiaire.

Les modalités selon lesquelles les indemnités provisionnelles, les indemnités versées sous forme de capital ainsi que les indemnités reçues en cours de droit seront déduites du montant de la PCH ou de l'APA devront être précisées par voie réglementaire.

● Les **II** et **IV** insèrent, à la suite des articles L. 232-4 et L. 245-6 du code de l'action sociale et des familles, deux nouveaux articles L. 232-4-1 et L. 245-6-1

(1) Conseil constitutionnel, commentaire de la décision n°2016-613 QPC du 24 février 2017.

afin que, dans le champ respectif de l'APA ou de la PCH, le bénéficiaire de chaque prestation soit tenu d'informer le département de toute indemnisation en réparation d'un dommage corporel et de toute modification de son montant. Ces mêmes articles imposent à l'assureur ou au fonds d'indemnisation ayant versé ladite indemnisation de mettre à disposition du département les informations nécessaires à sa déduction du montant de l'APA ou de la PCH.

- Les **V**, **VI** et **VII** du présent article modifient les articles 706-9 du code de procédure pénale, L. 1142-14 du code de la santé publique, et 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 pour exclure l'APA et la PCH des indemnités de toute nature ou à recevoir dont le FGTI, l'Oniam et le Fiva peuvent tenir compte pour fixer le montant de l'indemnisation en réparation d'un dommage corporel.

- Le **VIII** ajoute que les dispositions de l'article 38 ne s'appliqueront qu'aux demandes d'APA et de PCH déposées à compter d'une date déterminée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2027.

B. L'EFFET DU DISPOSITIF SUR LES BÉNÉFICIAIRES

Selon l'étude d'impact associée à l'article 38 ⁽¹⁾, le dispositif aura pour effet d'empêcher les nouveaux bénéficiaires de l'APA et de la PCH de cumuler ces prestations avec l'indemnisation obtenue, le cas échéant, au titre de la responsabilité d'un tiers.

L'économie potentielle que représente cette mesure pour la branche autonomie et les départements ne peut, selon l'étude d'impact, être estimée de manière fiable en l'absence de données sur le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile et de la PCH dans cette situation.

Pour calculer cette estimation, l'étude d'impact suppose que 1,5 % des bénéficiaires de la PCH, et 0,5 % des bénéficiaires de l'APA seraient concernés. Au regard du nombre de nouveaux bénéficiaires annuels, soit 230 000 personnes pour l'APA et 30 000 personnes pour la PCH, et des montants moyens annuels attribués par bénéficiaire, soit 5 119 euros pour l'APA et 7 362 euros pour la PCH, l'économie générée s'élèverait, au total, à 9,2 millions d'euros lors de la première année de mise en œuvre, et à **27,8 millions d'euros par an à compter de l'année N+2**. Cela représenterait chaque année 10,1 millions d'euros pour la branche autonomie et 17,7 millions d'euros pour les départements.

Le rapporteur thématique s'oppose vivement au dispositif proposé à l'article 38 pour des raisons sociales, juridiques et morales.

Les économies budgétaires qui sous-tendent cet article sont dérisoires, avec une cible de 28 millions d'euros, soit moins de 0,004% des dépenses de la sécurité

(1) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, Annexe 9, Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi.*

sociale. En revanche, ces mêmes économies seront coûteuses pour les personnes handicapées ou en perte d'autonomie pourtant déjà structurellement plus précaires que la population générale : elles sont source de paupérisation, en dégradant leur niveau de vie, au risque que des milliers d'entre eux et d'entre elles sont susceptibles de basculer sous le seuil de pauvreté, voire dans l'indigence en fonction de leurs charges parallèles. Il s'agit donc d'un dispositif éminemment antiredistributif.

En outre, ce dispositif témoigne d'une confusion entre indemnisation d'un préjudice et compensation d'un manque. Mettre sur le même plan une indemnité perçue en réparation d'un préjudice subi et une prestation sociale destinée à répondre à un besoin, c'est aller à l'encontre du principe de solidarité nationale qui soutient l'APA et la PCH, et du principe d'un plan global d'aide et d'accompagnement des personnes bénéficiaires. Cela conduira à mêler des situations hétérogènes et réduire les revenus de la population de manière incompréhensible pour les individus bénéficiaires.

*

* *

Article 39

Améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles

Le présent article, relatif à l'amélioration de la reconnaissance des maladies professionnelles, modifie plusieurs dispositions du code de la sécurité sociale.

Premièrement, il renvoie à un décret la fixation des modalités de diagnostic des maladies professionnelles dans le cadre de la procédure de reconnaissance « principale ».

Ensuite, il simplifie, pour ce qui relève de la procédure « complémentaire », les conditions de reconnaissance des maladies professionnelles inscrites au tableau mais qui n'en remplissent pas tous les critères en supprimant l'obligation de saisine de la commission régionale de reconnaissance des maladies professionnelles.

Enfin, s'agissant de la dernière catégorie de maladies professionnelles, il maintient l'obligation de saisine de la commission régionale et réalise une coordination vis-à-vis du dispositif prévu à l'article 90 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 modifiant le régime d'indemnisation de l'incapacité permanente causée à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

I. LA DIFFICILE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES ET SES CONSÉQUENCES SUR L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

A. LA COEXISTENCE DE DEUX DÉFINITIONS DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE

• Aux termes de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, une maladie d'origine professionnelle est définie, s'agissant du régime général comme

une maladie « essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime ». Ce lien de causalité peut être déduit de plusieurs manières.

En premier lieu, il peut être présumé au moyen de l'appartenance de la pathologie en question au tableau de maladies professionnelles. Il s'agira alors d'une reconnaissance au titre de la procédure dite « principale » ⁽¹⁾, fondée sur l'analyse de plusieurs critères :

- en premier lieu, la nature même de la pathologie ⁽²⁾ ;
- ensuite les conditions dans lesquelles son diagnostic a été établi ;
- troisièmement, le délai dans lequel celle-ci a été prise en charge ;
- quatrièmement l'intensité de l'exposition à des facteurs qui en ont favorisé le développement.

Parallèlement à cette reconnaissance de droit commun est venue se superposer la procédure dite « complémentaire », fondée sur l'apport d'une preuve permettant d'établir un lien suffisamment fort entre l'exercice professionnel habituel et le développement de la maladie ⁽³⁾.

Cette apparition d'une procédure de reconnaissance « hors tableau » – par l'entrée en vigueur des dispositions de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 – a été aidée par une intégration communautaire favorable à une législation plus souple en matière d'indemnisation et, surtout, par le constat partagé de la rigidité excessive de la seule procédure de reconnaissance au moyen des tableaux des maladies professionnelles ⁽⁴⁾.

Les maladies pouvant entrer dans le champ de la procédure complémentaire sont de deux ordres. Elles peuvent soit :

- appartenir au tableau des maladies professionnelles mais ne pas en remplir la totalité des conditions (d'exposition, de délai de prise en charge) permettant d'ouvrir un droit à indemnisation ⁽⁵⁾ ;
- ne pas relever de la catégorie des maladies professionnelles inscrites dans les tableaux, à la condition d'entraîner le décès de la victime ou une incapacité permanente supérieure à 25 % ⁽⁶⁾.

(1) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, Annexe 9 : Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi : article 39, p. 351.*

(2) *Alinéa 5 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale.*

(3) *Alinéas 6 et 7 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale.*

(4) *Cour des comptes, « La reconnaissance des maladies professionnelles », exercices 2020 et suivants, 2 juillet 2025, p. 10. Article 7-1 de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social.*

(5) *Alinéa 6 de l'article L. 461 du code de la sécurité sociale.*

(6) *Cour des comptes, op. cit., p. 30. La condition d'incapacité permanente est appréciée au regard des dispositions des articles L. 461-1, L. 434-2 et R. 461-8 du code de la sécurité sociale.*

Dans les deux cas, l'assuré cherchant à obtenir une indemnisation au titre de la procédure complémentaire doit indiquer que la pathologie en question a été causée « directement » par son travail « habituel » ⁽¹⁾.

Une condition supplémentaire vient à s'appliquer pour les maladies non inscrites au tableau des maladies professionnelles, l'assuré devant, au surplus de la condition de lien direct, prouver que la maladie a été « essentiellement » causée par son travail ⁽²⁾.

• Depuis la création du système de reconnaissance dit « complémentaire », le nombre de pathologies reconnues par ce biais a augmenté fortement, de l'ordre de 6 % en moyenne par an depuis une quinzaine d'années – s'agissant des maladies professionnelles reconnues au titre de « l'alinéa 6 » ⁽³⁾ – et de 27 % entre 2022 et 2023 s'agissant des maladies professionnelles reconnues au titre de « l'alinéa 7 » ⁽⁴⁾.

Au total, la procédure complémentaire a donné lieu à près de 11 000 avis favorables en 2023 ⁽⁵⁾. À titre de comparaison, les maladies professionnelles « en premier règlement » – c'est-à-dire nouvellement reconnues – représentent un total de 47 434 reconnaissances ⁽⁶⁾.

En termes d'accès, la procédure de reconnaissance complémentaire présente un taux d'avis favorable estimé entre 35 % et 40 % selon la modalité de reconnaissance (« alinéa 6 » ou « alinéa 7 ») ⁽⁷⁾.

B. UNE SOUS-DÉCLARATION STRUCTURELLE DES MALADIES PROFESSIONNELLES

• Si la création d'une procédure complémentaire a pu améliorer sensiblement la reconnaissance des affections directement causées par le travail, la problématique d'une forte sous-déclaration demeure.

En ce sens, il convient de relever la spécificité des maladies professionnelles par rapport aux accidents du travail ⁽⁸⁾. En effet, si l'origine des accidents peut plus facilement être imputée à une activité professionnelle spécifique, tel n'est pas le cas pour les maladies, dans le développement desquelles peuvent intervenir plusieurs

(1) Alinéas 6 et 7 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Idem.

(3) Direction des risques professionnels de l'assurance maladie, *Rapport annuel 2023, « Éléments statistiques et financiers »*, 13 décembre 2024, p. 133.

(4) Idem.

(5) Idem, p. 134.

(6) Direction des risques professionnels de l'assurance maladie, op. cit., p. 133.

(7) Le taux d'avis favorables atteint 40 % pour les maladies professionnelles reconnues au titre de l'alinéa 6.
Source : Direction des risques professionnels de l'assurance maladie, op. cit., p. 143.

(8) Accidents de travail stricto sensu ou accidents de trajet.

facteurs déliés de l'exercice professionnel (environnementaux ou d'hérédité notamment).

Dès lors, si le nombre de maladies professionnelles reconnues est en augmentation au cours des deux dernières années – sans toutefois avoir retrouvé son niveau pré-covid – il est nécessaire de relever la hausse, encore plus significative, du surcoût lié la sous-déclaration.

UNE HAUSSE DE LA RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES EN PREMIER RÈGLEMENT APRÈS 2022

Tableau 90
Dénombrements des MP pour les années 2019 à 2023 (en italique, taux d'évolution annuelle)

	2019	2020	2021	2022	2023	Écart 2022-2023
MP en 1 ^{er} règlement	49 505 1,7 %	40 219 - 18,8 %	47 398 17,8 %	44 217 NC	47 434 7,3 %	+ 3 217
Nombre de victimes en 1 ^{er} règlement	45 393 1,5 %	37 148 - 18,2 %	43 502 17,1 %	41 066 NC	44 511 8,4 %	+ 3 445

Source : Direction des risques professionnels de l'assurance maladie, Rapport annuel 2023, « Éléments statistiques et financiers », 13 décembre 2024, p. 133.

Sur ce point précis, le rapport rendu en 2024 par la commission prévue à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale indique une forte augmentation du montant du surcoût estimé la branche maladie, dont l'estimation atteint 2,0 à 3,7 milliards d'euros en 2024, contre 1,2 à 2,1 milliards d'euros trois ans auparavant ⁽¹⁾.

À l'origine de cette tendance est observée l'action de trois facteurs déterminants. En premier lieu, l'augmentation de la prévalence des troubles musculo-squelettiques ⁽²⁾ et des coûts associés à leur prise en charge qui sont, *in fine*, supportés par la branche maladie en cas de sous-déclaration ⁽³⁾. En cumulé, ces deux éléments expliqueraient, à eux seuls, près de 70 % de l'augmentation de l'estimation du surcoût pour la branche maladie.

Parallèlement, la multiplication des situations de souffrance psychique liée au travail a amené la commission à élargir à cette catégorie de pathologies le champ

(1) La commission prévue par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale est chargée d'estimer le montant de la compensation financière liée à la sous-déclaration des maladies professionnelles versée par la branche AT-MP à la branche maladie.

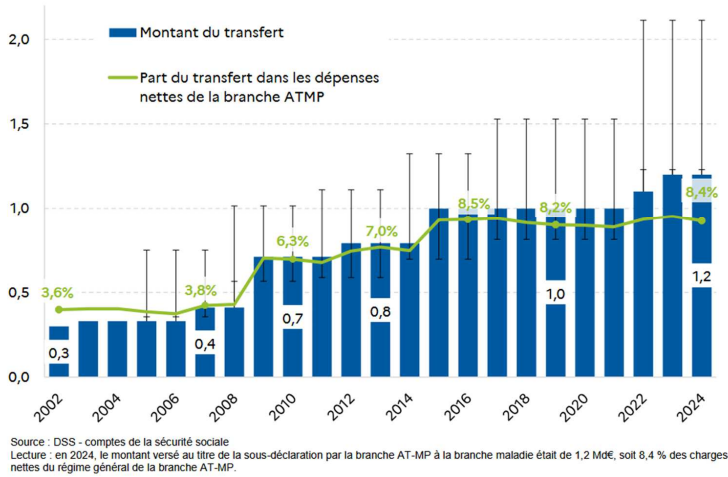
(2) Les troubles musculo-squelettiques (TMS) recouvrent les affections touchant les articulations, les muscles et les tendons, à l'instar des lombalgies ou du syndrome du canal carpien. Source : Assurance maladie, « Comprendre les troubles musculo-squelettiques », 3 octobre 2025
Lien URL : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tms/comprendre-troubles-musculosquelettiques>

(3) Rapport au Parlement et au Gouvernement de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, Synthèse, 30 juin 2024, p. 2.

de son évaluation, expliquant 16 % de la hausse de l'estimation, les autres facteurs relatifs à la démographie et au taux de recours demeurant résiduels ⁽¹⁾.

UNE NETTE HAUSSE DU COÛT ASSOCIÉ À LA SOUS-DÉCLARATION

Graphique 2 • Montant du transfert et part des dépenses de la branche AT-MP
milliard d'euros



Source : projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale : Annexe 1. Accidents du travail-maladies professionnelles, p. 33.

C. UNE PROCÉDURE D'INDEMNISATION AU TITRE DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE MARQUÉE PAR UNE CERTAINE COMPLEXITÉ

1. La procédure principale : des critères de reconnaissance parfois inadaptés causes de non-recours au droit

- La procédure dite « principale » de reconnaissance des maladies professionnelles pose, depuis la loi du 25 octobre 1919, une « présomption d'origine » professionnelle des pathologies inscrites aux tableaux prévus à cet effet. Ainsi, dans l'éventualité d'un diagnostic d'une maladie professionnelle listée par un tableau :

- l'assuré se voit délivrer un certificat par son médecin qu'il devra adresser par courriel postal à sa caisse primaire d'assurance maladie complété d'une demande de déclaration de maladie professionnelle ;

- la demande sera alors traitée par l'échelon local du service médical de la Cnam en coordination avec les services administratifs de la caisse dans un délai de 120 jours à compter de la réception du dossier complet ;

(1) Idem.

– dans le cadre de l’action du service médical, chargé d’apprécier la validité du certificat médical au regard des dispositions du tableau concerné, celui-ci devra rendre son avis dans un délai maximal de dix jours, éventuellement étendu à quarante jours en cas de demande d’examen complémentaires ⁽¹⁾.

● En l’état du droit, la procédure principale intègre près de 121 tableaux pour le seul régime général dont certains n’ont pas fait l’objet d’une mise à jour depuis plus de vingt ans.

Ainsi, le tableau n° 2 portant sur les maladies professionnelles causées par le mercure et ses composés a été créé le 27 octobre 1919 et sa dernière mise à jour a été effectuée le 11 février 2003.

Or, pour chaque tableau sont généralement indiqués non seulement la pathologie concernée mais également le délai dans lequel la pathologie doit être prise en charge, les travaux professionnels susceptibles de l’avoir causée ou encore les modalités de diagnostic qui ont permis d’établir son développement ⁽²⁾.

En conséquence, une actualisation tardive des tableaux – du fait de modalités de négociation parfois longues avec les acteurs et partenaires sociaux des secteurs concernés – induit la persistance de prérequis de diagnostic inappropriés au regard de la couverture en équipements médicaux sur le territoire ⁽³⁾.

À l’occasion des auditions du rapporteur, la directrice des risques professionnels de la Caisse nationale de l’assurance maladie a ainsi relevé l’existence de telles situations pour les tendinopathies qui, en l’état de rédaction des tableaux, doivent être diagnostiquées au moyen d’une imagerie par résonance magnétique (IRM) alors qu’un scanner pourrait être tout aussi efficace et bien plus accessible ⁽⁴⁾.

Des limites similaires ont été observées s’agissant du diagnostic de maladies professionnelles relevant du tableau n° 69 relatif aux « affections provoquées par les vibrations et les chocs transmis ».

2. La procédure complémentaire : un allongement des délais de traitement des déclarations

Articulées autour des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles, les procédures complémentaires sont aujourd’hui confrontées à une hausse significative de leurs délais de traitement des demandes, particulièrement du fait de l’augmentation des recours contentieux et de la difficulté à recruter des

(1) *Cour des comptes*, op. cit., p. 13.

(2) *Idem*, p. 15.

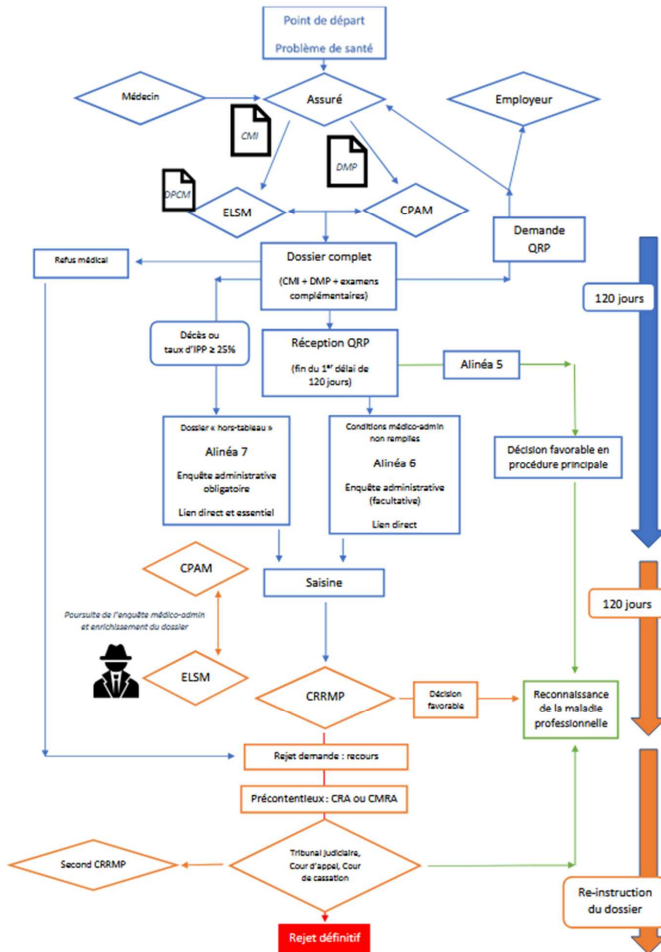
(3) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026*, Annexe 9 : Fiches d’évaluation préalable des articles du projet de loi : article 39, p. 351

(4) *Audition par le rapporteur général de la directrice des risques professionnels de l’assurance maladie*, 14 octobre 2025.

médecins conseils pour l'assurance maladie ⁽¹⁾. Pour l'année 2024 ce délai a été estimé à 108 jours de moyenne et ce pour le seul bénéfice d'une première instruction dans le résultat peut, comme toute décision faisant grief, donner lieu à un recours amiable et/ou contentieux.

UNE PROCÉDURE DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES COMPLEXE QUI ALIMENTE LE NON-RECOURS

Schéma n° 2 : procédure de reconnaissance au régime général



Source : Cour des comptes, *La reconnaissance des maladies professionnelles*, p. 73.

(1) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, Annexe 9 : Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi : article 39, p. 351.*

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. FACILITER LE RECOURS À LA « PROCÉDURE PRINCIPALE » EN ACTUALISANT LES CONDITIONS DE DIAGNOSTIC DES MALADIES PROFESSIONNELLES

• Le 1^o du I du présent article modifie l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale afin d'harmoniser les conditions d'établissement des diagnostics des maladies professionnelles relevant des 121 tableaux existants actuellement pour le régime général ⁽¹⁾. À cet effet, il propose de renvoyer à un décret en Conseil d'État la détermination des « modalités générales d'établissement du diagnostic de ces maladies ».

Ce renvoi à un décret présente, aux termes de l'annexe 9 du présent projet de loi de financement, plusieurs avantages :

– en premier lieu, il permettra d'assurer que les modalités de diagnostic des maladies professionnelles sont conformes aux recommandations des bonnes pratiques formulées par la Haute Autorité de santé, ce qui n'est pas le cas en l'état de rédaction de certains tableaux ⁽²⁾ ;

– parallèlement, il contribuera à limiter le risque contentieux en cas de rejet d'une demande d'indemnisation et ce dans la mesure où la rédaction du décret permettra de préciser que les modalités de diagnostic doivent être conformes aux recommandations des sociétés savantes ⁽³⁾ ;

– enfin, il permettra de renforcer le recours des assurés à la procédure principale d'indemnisation en simplifiant les critères de diagnostic et en les adaptant à la réalité des différents plateaux techniques médicaux sur le territoire ⁽⁴⁾.

Les conditions d'entrée en vigueur de la présente disposition feront l'objet d'un décret. À défaut, elles seront applicables au plus tard le 30 septembre 2026.

B. ÉTABLIR UNE GRADATION DANS LES PROCÉDURES COMPLÉMENTAIRES DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES

• Le 2^o du I du même article prévoit également, pour les maladies professionnelles relevant des tableaux mais n'en remplissant pas l'intégralité des critères – soit la procédure complémentaire relevant de l'alinéa 6 de

(1) *Cour des comptes*, op. cit., p. 12.

(2) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, Annexe 9 : Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi : article 39*, p. 351.

(3) Cette disposition sera alors conforme à la jurisprudence de la Cour de cassation selon laquelle les recommandations élaborées par une société savante permettent d'apprécier les conditions de prise en charge d'un patient. Cf. *Cour de cassation, Chambre civile 1*, 25 janvier 2017, 15-27.505 15-29.189.

(4) *Idem*.

l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale – que la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie soit réalisée à partir d'un avis contraignant d'un médecin conseil.

Cette disposition s'inscrit en miroir du 4° du même article qui supprime, en vue de la reconnaissance d'une maladie au titre de l'alinéa 6, l'obligation de saisine du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) par la caisse auprès de laquelle est introduite la demande.

En définitive, si la disposition venait à entrer en vigueur, les assurés demandant la reconnaissance d'une maladie professionnelle inscrite au tableau mais n'en remplissant pas l'intégralité des critères verraient leur délai de traitement réduit, une simple consultation d'un médecin conseil se substituant à la procédure, plus lourde, de saisine du CRRMP, dont les compétences en matière médicale font d'ailleurs l'objet de critiques régulières.

En outre, le maintien de la procédure de renvoi au comité régional des seuls « dossiers en alinéa 7 plus complexes » – c'est-à-dire bénéficiant d'une plus faible présomption quant à l'origine professionnelle de la maladie ⁽¹⁾ – permettrait, d'après les analyses annexées au présent projet de loi de financement ⁽²⁾, une réduction de la durée du traitement des demandes ainsi qu'une amélioration des conditions de leur évaluation, diminuant ainsi les risques de disparités territoriales relevés par la Cour des comptes dans son rapport de 2025 ⁽³⁾.

L'annexe 9 du présent projet de loi de financement précise, par ailleurs, que la question de l'harmonisation des décisions rendues par les CRRMP sera traitée dans le cadre de la modification, par voie réglementaire, de la procédure précontentieuse qui associera un comité national de reconnaissance des maladies professionnelles aux travaux des commissions de recours, afin de renforcer l'expertise scientifique des décisions rendues et de limiter les différences de traitement entre les caisses ⁽⁴⁾.

Concernant la date d'entrée en vigueur des dispositions prévues au 2° et au 4°, celles-ci feront l'objet d'un décret ou, à défaut, seront applicables au plus tard le 1^{er} janvier 2027 ⁽⁵⁾.

• Enfin, le 3° du I du présent article entend harmoniser la procédure de reconnaissance des maladies professionnelles au titre de l'alinéa 7 (dites « hors tableaux ») avec les dispositions issues de l'article 90 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(1) À l'instar des troubles psychiques liés au travail dont il est difficile de déterminer la réalité.

(2) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, Annexe 9 : Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi : article 39, p. 353.*

(3) *Cour des comptes, op. cit., pp. 34-36.*

(4) *Les commissions de recours amiables sont chargées, aux termes des articles L. 142-1, R. 142-8 et R. 142-8-5 du code de la sécurité sociale, de se prononcer sur les contestations formées notamment celles « d'ordre médical » relatives à l'application des législations et réglementations de la sécurité sociale.*

(5) *II du présent article 39.*

En effet, celui-ci a créé un cadre spécifique d'indemnisation en cas d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Induite par le revirement de jurisprudence de la Cour de cassation en 2023 ⁽¹⁾, la disposition adoptée en LFSS 2025 a inscrit dans la loi l'obligation de tenir compte du critère d'indemnisation de l'incapacité permanente fonctionnelle – soit les dommages corporels et psychiques propres éprouvés par la personne dans sa vie personnelle à la suite de l'accident ⁽²⁾ – dans le calcul de l'indemnisation de l'incapacité permanente. Cette dimension fonctionnelle de l'incapacité est déterminée à partir des « atteintes persistant après consolidation et qui relèvent du déficit fonctionnel permanent » ⁽³⁾ et vient s'ajouter à l'indemnisation de droit commun prévue pour l'incapacité permanente professionnelle ⁽⁴⁾.

Dans son rapport remis au mois de juillet 2025, la Cour des comptes relevait que le dispositif de calcul de l'indemnisation de l'incapacité permanente au titre des AT-MP n'était pas, en l'état, abouti. Celui-ci devait tenir compte :

- d'un nouveau barème « *indicatif d'incapacité professionnelle des accidents du travail et des maladies professionnelles* » en complément de celui de droit commun ⁽⁵⁾ ;

- d'un barème indicatif spécifique à la définition du taux de l'incapacité permanente fonctionnelle.

(1) Assemblée nationale, Rapport n° 487 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 par M. Yannick Neuder rapporteur général, 25 octobre 2024, Tome II, p. 275.

(2) Assemblée nationale, rapport n° 487 précité, Tome II, p. 276.

(3) La notion de consolidation indique qu'il n'est retenu que les atteintes qui persistent après stabilisation de l'état de santé du patient en question.

(4) Elle-même déterminée d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge et les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle. Source : article L. 434-1 A, alinéa 2, du code de la sécurité sociale. Cette disposition reprend la rédaction prévue par le premier alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale : « Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle. »

(5) Le rapport de la Cour mentionne une mise à jour du barème de droit commun afin de tenir compte de la spécificité des AT-MP. Op. cit., p. 37.

Le barème de taux d'incapacité : un outil indicatif à l'attention du médecin conseil

Un assuré souhaitant déterminer son taux d'incapacité – c'est-à-dire l'indicateur lui permettant d'évaluer son impossibilité de travailler ou d'effectuer certaines tâches de son emploi – va être soumis à un examen d'un médecin conseil du service médical de l'assurance maladie.

Celui-ci pourra se prononcer sur le fondement d'un barème national figurant à l'annexe I à l'article R. 434-23 du code de la sécurité sociale, qui précise, pour chaque type d'infirmité, le « taux médical » à calculer ainsi que les majorations ou retranchements éventuels à réaliser en cas de cumul.

Le taux médical renvoie aux critères relevant strictement de l'état de santé du patient, à savoir :

- la nature de l'infirmité (ou des infirmités) dont il souffre ;
- l'état général de santé du patient ;
- l'âge du patient déterminé à partir de son âge civil mais également du vieillissement physiologique de l'individu et qui affecte, en conséquence, sa réadaptation ou son reclassement professionnel ;
- les facultés physiques et mentales de l'individu qui permettront de déterminer l'incidence des séquelles issues de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Parallèlement, le médecin conseil de l'assurance maladie déterminera également un « taux socio-professionnel » fondé sur l'examen des aptitudes et qualifications professionnelles de la personne à la suite de l'AT-MP. Ce critère vise à estimer la nécessité d'« *une modification de la situation professionnelle de l'intéressé ou un changement d'emploi* » ⁽²⁾.

L'application concrète des barèmes nationaux n'est toutefois pas uniforme à la fois du fait de liberté d'appréciation du médecin en dernière instance mais également à raison de pratiques administratives des caisses, « 65 % des caisses appliquant une majoration selon un barème qui leur est propre » ⁽²⁾.

(1) *Annexe I à l'article R. 434-32 du code de la sécurité sociale.*

(2) *Cour des comptes, « La reconnaissance des maladies professionnelles », exercices 2020 et suivants, 2 juillet 2025, p. 37.*

• Dès lors, le 3° du I entend réaliser une coordination vis-à-vis de ces dispositions en substituant au critère d'incapacité permanente existant dans le cadre d'une reconnaissance d'une maladie professionnelle au titre de l'alinéa 7, celui de l'incapacité permanente professionnelle au sens de l'article L. 434-1-A du code de la sécurité sociale.

Ainsi, en cas d'entrée en vigueur de la disposition, un assuré souhaitant voir reconnue d'origine professionnelle sa maladie devra, lorsque celle-ci n'est pas désignée dans un tableau de maladies professionnelles :

- toujours indiquer que la pathologie en question a été causée « essentiellement et directement » par son travail « habituel » ;

– en revanche, il ne sera plus tenu de justifier d’une incapacité permanente, au sens de l’article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, d’un taux supérieur à 25 % ⁽¹⁾ mais bien d’une incapacité permanente professionnelle, au sens de l’article L. 434-1-A du code de la sécurité sociale.

Sur ce second critère, une attention particulière devra être portée à l’évolution du taux d’incapacité qui sera applicable afin de déterminer si le cadre de reconnaissance des maladies professionnelles au titre de l’alinéa 7, tend à s’assouplir ou au contraire à se durcir ⁽²⁾. À cet égard, le **II** du présent article **prévoit** une date d’entrée en vigueur des dispositions mentionnées au 3° identique à celles du I de l’article 90 de la LFSS 2025 qui portaient création de l’incapacité permanente professionnelle. Celle-ci peut intervenir au plus tard le 1^{er} juin 2026.

C. L’IMPACT ANTICIPÉ DE LA MESURE

● L’annexe 9 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit, en cas d’entrée en vigueur des dispositions du présent article, **un surcoût de 17 millions d’euros par an sur la période 2027-2029** ⁽³⁾.

Celui-ci est obtenu du fait d’une hausse des taux de reconnaissance des maladies professionnelles – principalement celles relevant du tableau n° 59 – permise par la réforme de la procédure dite principale et qui génère ainsi un surcoût de 18,7 millions d’euros pour la branche. Parallèlement, une économie d’un montant de 1,7 million d’euros réalisée à partir d’un « *gain sur les frais de gestion administrative* » est anticipée au titre des dispositions relevant de la réforme du système complémentaire.

*

* *

(1) Article R. 461-8 du code de la sécurité sociale.

(2) Un durcissement se traduirait, en ce sens, par une majoration du taux d’incapacité permanente professionnelle nécessaire à la reconnaissance d’une maladie professionnelle.

(3) Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, Annexe 9 : Fiches d’évaluation préalable des articles du projet de loi : article 39, p. 355.

Article 40

Étendre le bénéfice du capital décès aux ayants droit des non-salariés agricoles décédés à compter du 1^{er} janvier 2026 à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

Cet article complète l'évolution apportée par le 7° du I de l'article 98 de la loi n° 2021-1754 de financement de la sécurité sociale pour 2022 relative à l'alignement de la protection des non-salariés agricoles contre le risque décès sur celle des salariés agricoles.

Il élargit le bénéfice de l'indemnité forfaitaire du « capital décès », dont le montant est à ce jour de 3 977 euros, aux ayants droit des non-salariés décédés des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

En l'état du droit, le bénéfice de cette indemnité n'est ouvert, pour les ayants droit des non-salariés décédés, qu'aux seules personnes décédées des suites d'un accident de la vie privée.

I. UN RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE DES PROFESSIONS AGRICOLES AUX MODALITÉS DE COUVERTURE HÉTÉROGÈNES A FORTIORI S'AGISSANT DU RISQUE « ACCIDENTS DU TRAVAIL »

A. UNE PROTECTION SOCIALE DES MÉTIERS AGRICOLES QUI SE COMPLEXIFIE DU FAIT DES CHANGEMENTS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

• Le régime agricole de la sécurité sociale s'est, de façon historique, constitué parallèlement au régime général, dans la lignée de l'action conduite par les organes mutualistes au début du XX^e siècle ⁽¹⁾.

En effet, les spécificités du métier d'agriculteur – de pénibilité liée au travail de la terre ou aux variations climatiques affectant la production – ont poussé à la naissance des premières assurances sociales, bien avant le régime général de la sécurité sociale.

À ce jour, la Mutualité sociale agricole (MSA) constitue le deuxième régime obligatoire de base de sécurité sociale (Robss) en termes de ressortissants ⁽²⁾. La protection sociale qu'elle offre au moyen de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et de son réseau territorial couvre l'ensemble des publics, salariés et non-salariés, qui relèvent de deux régimes distincts.

C'est pour cette raison que l'organisation de la protection des principaux risques sociaux dans le monde agricole **est** fortement affectée par les mutations du modèle agricole français.

(1) Cour des comptes, « La mutualité sociale agricole », rapport public thématique, p. 29, mai 2020.

(2) Cour des comptes, « La mutualité sociale agricole : des actions à mettre en œuvre pour la future convention d'objectifs et de gestion », p. 14, 11 juillet 2025.

Ainsi que le rappelait la Cour des comptes en 2023 : « *le modèle prépondérant aujourd'hui repose sur une combinaison entre travail familial, salarié et prestations externes* » ⁽¹⁾. Le recours croissant au salariat en lieu et place de la main d'œuvre familiale et la concentration des effectifs ⁽²⁾ au sein d'un nombre réduit d'exploitations posent, en effet, de multiples défis pour le régime agricole de protection sociale, lui-même édifié dans un contexte historique marqué par un « *modèle d'exploitation agricole familiale* » ⁽³⁾.

● Le premier de ces défis est d'ordre démographique, dans la mesure où la population active agricole diminue. Au cours des vingt dernières années le nombre d'exploitants agricoles a fortement réduit, de 764 000 à 496 000 ⁽⁴⁾.

Cette tendance risque de s'amplifier à mesure que le vieillissement de la population active agricole s'accroît, l'âge moyen d'un agriculteur s'établissant à 51,5 ans en 2020 et les exploitants de 55 ans représentant plus de 43 % de la population active agricole ⁽⁵⁾. En s'appuyant sur la dynamique de diminution du nombre d'exploitations depuis 1975, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) anticipe une diminution supplémentaire de plus de 30 % du nombre d'exploitants agricoles à horizon 2035 ⁽⁶⁾.

(1) Idem, p. 25, avril 2023.

(2) *Un quart des exploitations mobilisent 61 % de la main-d'œuvre agricole totale en 2020*. Source : Insee, « Transformations de l'agriculture et des consommations alimentaires », Insee Références, Édition 2024, p. 23.

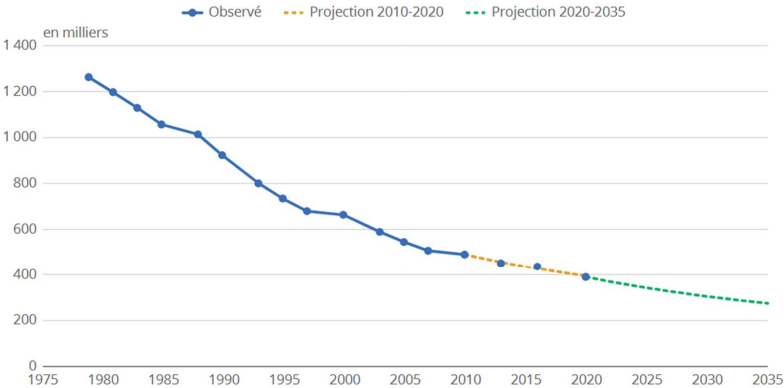
(3) Article L. 1 du code rural et de la pêche maritime. Pour la Cour des comptes, le modèle familial agricole français peut être défini comme une situation de « conjonction du travail, de la détention ou de la maîtrise du foncier et du capital de production » (in *Cour des comptes*, « La politique d'installation des nouveaux agriculteurs et de transmission des exploitations agricoles », communication à la commission des finances du Sénat, p. 23, avril 2023).

(4) Entre 2000 et 2020. Source : *Cour des comptes*, « La politique d'installation des nouveaux agriculteurs et de transmission des exploitations agricoles », op. cit., pp. 19-20.

(5) Idem, p. 20.

(6) Insee, op. cit., p. 23.

PROJECTION RÉALISÉE PAR L'INSEE DE L'ÉVOLUTION DU NOMBRE D'EXPLOITATIONS AGRICOLES À L'HORIZON 2035

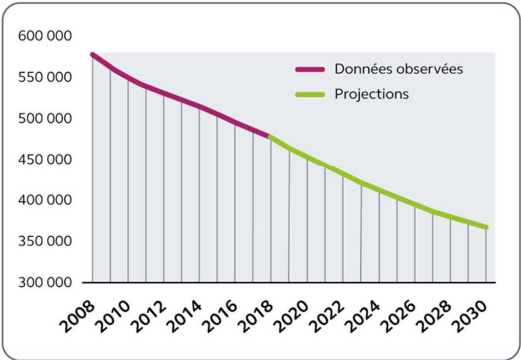


Note : La projection 2010-2020 a été réalisée avec la matrice des probabilités de transition moyenne 2004-2014, et la projection 2020-2035 avec la matrice des probabilités de transition moyenne 2011-2021.
Lecture : En 1979, le nombre d'exploitations agricoles en France métropolitaine était de 1 262 700. À l'horizon 2035, ce nombre pourrait être de 274 600 si les tendances se maintiennent.
Champ : France métropolitaine.
Sources : CCMSA, base de données des cotisants non salariés 2004-2021 ; Agreste, recensements agricoles de 1979 à 2020, enquêtes sur la structure des exploitations agricoles de 1981 à 2016.

Source : Insee, « Transformations de l'agriculture et des consommations alimentaires », Insee Références, Édition 2024, p. 23.

ÉVOLUTION PROJÉTÉE DU NOMBRE D'ACTIFS NON-SALARIÉS AGRICOLES À L'HORIZON 2030

Graphique n° 5 : évolution constatée et projetée des actifs non-salariés agricoles (2008-2030)



Source : Ministère de l'agriculture et CCMSA

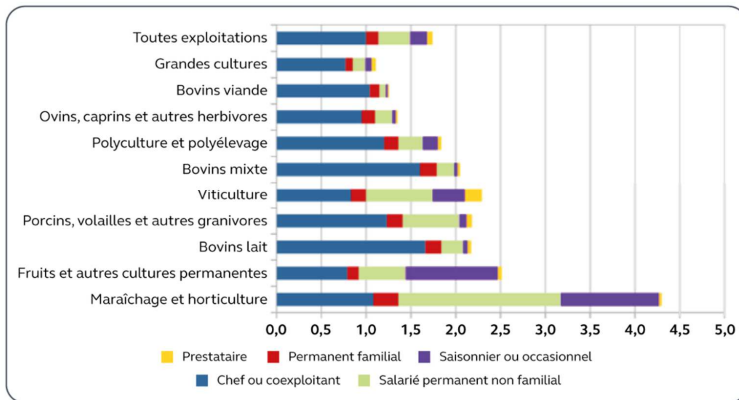
Source : Cour des comptes, « La mutualité sociale agricole », rapport public thématique, p. 41 (mai 2020).

● Ensuite, la superposition des activités des agriculteurs et l'élargissement de la main-d'œuvre à un salariat, temporaire ou permanent, posent de nombreuses difficultés opérationnelles et statutaires de prise en charge des agriculteurs.

En effet, la coexistence de deux régimes, salarié et non-salarié, au sein du régime agricole conduit à une certaine hétérogénéité de la couverture, complexifiée d'autant plus que les situations de pluriactivité se multiplient et que la part du salariat augmente. À ce jour, un agriculteur sur cinq est considéré comme biactif, c'est-à-dire qu'il exerce une fonction généralement salariée par ailleurs ⁽¹⁾.

LA DÉCOMPOSITION DE LA MAIN D'ŒUVRE AGRICOLE SELON LE TYPE DE CULTURE D'EXPLOITATION CONSIDÉRÉ

Graphique n° 3 : nombre moyen d'ETP selon la nature de la main d'œuvre



Source : Agreste – RA 2020

Source : Cour des comptes, « La mutualité sociale agricole », rapport public thématique, p. 25 (mai 2020).

En conséquence, le nombre d'assurés dits « polypensionnés », c'est-à-dire relevant à la fois de la protection sociale des salariés et des non-salariés agricoles, croît sensiblement, posant des difficultés d'harmonisation de la couverture des différents régimes ⁽²⁾.

(1) Idem, p. 25.

(2) D'après la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, en comptabilisant l'effet des polypensionnés, l'effectif cumulé des ressortissants du régime agricole s'élève à 5,4 millions pour une population d'actifs qui s'établit à 1,3 million.

La population active agricole en France : la partition entre salariés et non-salariés

Au 1^{er} janvier 2024, le régime agricole couvre plus de 1,3 million d'actifs, dont 431 497 non-salariés agricoles et 828 221 salariés ⁽¹⁾.

Les non-salariés agricoles recouvrent essentiellement :

- les chefs d'exploitation, au nombre de 412 776, et qui bénéficient d'une affiliation à la MSA après avoir justifié d'une activité minimale d'assujettissement. Celle-ci peut être déterminée alternativement à partir de critères de surface d'exploitation, de temps de travail ou encore de revenu professionnel généré par l'activité agricole ⁽²⁾ ;
- les collaborateurs conjoints, au nombre de 16 286 et qui relèvent d'un statut temporaire, moins-disant, et dont la durée dans le temps est, à ce titre, limitée à cinq ans depuis le 1^{er} janvier 2022 ⁽³⁾. En effet, les conjoints collaborateurs bénéficient de droits restreints en matière de retraite complémentaire et de droit à la formation professionnelle ;
- les aides familiaux, qui représentent un peu de plus de 2 400 actifs. Ils participent aux travaux de l'exploitation ou de l'entreprise agricole, présentent un lien de parenté avec le chef d'exploitation ou son conjoint et vivent sur l'exploitation. Pour les mêmes raisons que pour les collaborateurs conjoints, la durée de couverture liée à ce statut est limitée à cinq ans ⁽⁴⁾.

Les salariés agricoles se caractérisent par une diversité de statut encore plus forte bien que leur activité soit concentrée sur le cœur de métier d'agriculteur. En effet, le premier sous-secteur d'emploi des salariés agricoles « exploitation - culture -élevage » représente ainsi près de 40 % du nombre d'heures salariées rémunérées.

En termes statutaires, la définition du salariat agricole recouvre notamment ⁽⁵⁾ :

- les salariés occupés aux activités ou dans les entreprises ou établissements agricoles ;
- les employés de maison au service d'un exploitant agricole ;
- les enseignants des établissements agricoles de formation professionnelle et d'enseignement ;
- les salariés des organismes de mutualité agricole et des chambres d'agriculture.

Les fortes variations du nombre d'emplois agricoles salariés sont causées par le caractère saisonnier de ces métiers. De ce fait, les salariés agricoles sont pour les deux tiers d'entre eux titulaires de contrats à durée déterminée (CDD) ⁽⁶⁾.

Enfin, pour ce qui relève de la jeunesse de la profession, les salariés agricoles ont, pour 25,6 % d'entre eux, moins de 25 ans. À la différence de celle des exploitants agricoles, la population salariée est donc sensiblement plus jeune et ne présente, par conséquent, pas les mêmes risques en termes de sinistralité ⁽⁷⁾.

(1) Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, « Rapport d'activité 2024 : chiffres-clés », 15 septembre 2025, lien URL : <https://rapport-activite.msa.fr/>. Hors double compte lié aux « polypensionnés ».

(2) L'activité minimale d'assujettissement (SMA) est déterminée sur la base d'un critère de surface (SMA) ou, alternativement, de temps de travail nécessaire à la conduite de l'activité agricole de l'ayant droit ou encore de revenu professionnel. La surface minimale constituant le premier critère est fixée sur une base départementale par arrêté du préfet. Source : Mutualité sociale agricole, « Exploitant : affiliation et statuts, le statut du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole », 3 octobre 2025, lien URL : <https://www.msa.fr/lfp/exploitant/statut-chef-exploitation>.

(3) Mutualité sociale agricole, « Exploitant : affiliation et statuts, le statut de conjoint collaborateur », 31 juillet 2025, lien URL : <https://www.msa.fr/lfp/exploitant/statut-collaborateur-exploitation>.

(4) Ibid.

(5) La liste exhaustive est détaillée à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime.

- (6) Source : Mutualité sociale agricole, « Les chiffres utiles de la MSA édition 2025 », 12 juin 2025, p. 9, lien URL : <https://statistiques.msa.fr/publication/chiffres-utiles-edition-nationale-2025/>
(7) Ibid., p. 10.

● **Le total des dépenses du régime agricole s'élève à 33 milliards d'euros en 2024**, constituées, à hauteur de 88 %, de prestations versées ⁽¹⁾.

Si les **dépenses de retraites et de veuvage** représentent le premier poste de dépenses, à hauteur de **14,2 milliards d'euros** (en hausse de 4,9 % par rapport à l'année précédente), celles relatives à la catégorie « maladie, maternité, invalidité, décès, indemnités journalières paternité et indemnités journalières Amexa » s'élèvent à près de **11,1 milliards d'euros** (en diminution de 2,2 % par rapport à 2023) ⁽²⁾.

Les **recettes** perçues au bénéfice du régime social agricole proviennent, pour un tiers, du financement dit « professionnel », qui regroupe les cotisations patronales ⁽³⁾ (9,7 milliards d'euros) et la part affectée de contribution sociale généralisée (CSG) au financement du régime (1,6 milliard d'euros) ⁽⁴⁾.

En complément, les **différents transferts des régimes de sécurité sociale** s'élèvent à **14 milliards d'euros** (dont 7,0 milliards d'euros au titre des contributions du régime général pour transferts d'équilibre) ⁽⁵⁾. Les impôts et taxes affectés, hors CSG, au régime agricole représentent, quant à eux, seulement 4,8 milliards d'euros ⁽⁶⁾.

B. CONCERNANT LE RISQUE « ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES », LES MÉTIERS AGRICOLES SONT MARQUÉS PAR UNE SINISTRALITÉ PARTICULIÈREMENT FORTE

Les métiers agricoles sont, de façon historique, marqués par une exposition particulière aux risques sociaux et notamment aux accidents de travail et aux

(1) Source : Mutualité sociale agricole, « Les chiffres utiles de la MSA édition 2025 », 12 juin 2025, p. 17, lien URL : <https://statistiques.msa.fr/publication/chiffres-utiles-edition-nationale-2025/>

(2) Idem, p. 17.

(3) Les cotisations employeurs relèvent de dispositions différentes en fonction du statut, salarié ou non, du ressortissant du régime agricole. L'assiette de cotisations des non-salariés agricoles est déterminée sur la base de revenus professionnels agricoles dont le montant est déterminé une fois tous les trois ans, aujourd'hui 2023, avec une possibilité d'abattement en cas de choix du régime dit « micro-BA ». L'assiette de cotisations des salariés agricoles est déterminée sur la base du salaire versé par l'employeur et le taux varie dans des conditions fixées par décret.

(4) Le montant de CSG affecté au régime agricole – fixé par décret – correspond, depuis 2016, aux montants effectivement acquittés par les cotisants du régime agricole. Une fraction de CRDS fait également l'objet d'une affectation, à hauteur de 260 millions en 2024, au bénéfice du régime social agricole.

(5) Mutualité sociale agricole, « Les chiffres utiles de la MSA édition 2025 », 12 juin 2025, p. 19, lien URL : <https://statistiques.msa.fr/publication/chiffres-utiles-edition-nationale-2025/>

(6) Idem.

maladies professionnelles. Cette exposition varie selon les sous-secteurs d'activité, les statuts des professionnels, leur âge et leur sexe ⁽¹⁾.

● Ainsi, en 2024, près de 53 571 accidents de travail et maladies professionnelles ont été déclarés pour les non-salariés et 16 656 pour les salariés agricoles ⁽²⁾. Compte tenu de la difficulté de lier le développement d'une maladie à un exercice professionnel particulier, il y a lieu de considérer cette statistique comme un minimum du fait des risques de sous-déclaration.

Toutes catégories confondues ⁽³⁾, la majorité des AT-MP est constituée d'accidents du travail proprement dits (dans plus de 87 % des cas), les accidents de trajet et les maladies professionnelles *stricto sensu* représentant chacun moins de 10 % des déclarations ⁽⁴⁾.

Les secteurs les plus « accidentogènes », déterminés sur la base d'une analyse du nombre d'accidents du travail entraînant un arrêt, regroupent les catégories suivantes : « entreprises de jardin, pays, reboisement », « cultures spécialisées », « viticulture », « culture et élevage non spécialisés » ⁽⁵⁾.

(1) Mutualité sociale agricole, « Les risques professionnels des non-salariés agricoles 2018-2022 », DSEF études et statistique, 2022.

(2) Mutualité sociale agricole, « Rapport d'activité 2024 : les chiffres-clés », juillet 2025, p. 19, lien URL : <https://rapport-activite.msa.fr/#section1>

(3) Salariés comme non-salariés.

(4) Mutualité sociale agricole, « Les risques professionnels des non-salariés agricoles entre 2018 et 2022 », p. 9, 24 juin 2024.

(5) Idem, p. 15.

Les déterminants des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le milieu agricole : quelques exemples

Si le ministère de l'agriculture et de l'alimentation relève une diminution lente mais continue de la sinistralité dans le secteur agricole, celle-ci demeure variable selon les types d'exploitation et les activités considérés ⁽¹⁾.

En effet, les principaux risques agricoles sont présents avec des intensités différentes selon les secteurs :

- les risques techniques, bien que largement répandus, sont particulièrement présents dans le secteur du bois et de la polyculture ⁽²⁾ ;
- les risques biologiques, notamment infectieux ⁽³⁾, sont spécifiques sans être exclusifs, au secteur de l'élevage ;
- les risques liés à l'exposition aux produits phytosanitaires enfin apparaissent plus récurrents dans le cas des cultures de céréales, des semences et de la vigne ⁽⁴⁾.

(1) Ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire, « Santé et sécurité au travail », 27 juin 2025.

(2) Les chutes, les renversements de tracteurs, les coincements, les écrasements, les happements par les machines. Source : « Mutualité sociale agricole, Risques machines », 2025.

(3) Notamment les zoonoses et infections du fait d'agents biologiques présents dans l'écosystème.

(4) Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, « Rapport d'expertise collective : expositions professionnelles aux pesticides en agriculture », juin 2016.

● En matière de gravité, une diminution de la fréquence des accidents du travail graves non mortels est observée depuis 2018 bien que dans de faibles proportions ⁽¹⁾. Toutefois, l'indice de gravité varie sensiblement à la hausse à mesure que le travailleur agricole – salarié comme non-salarié – vieillit ⁽¹⁾. Ainsi, la proportion des accidents du travail considérés comme graves est de 18,8 % pour les travailleurs âgés de plus de 60 ans contre 8,6 % pour les moins de 60 ans ⁽²⁾. Cette tendance est particulièrement préoccupante au regard du vieillissement de la population active du secteur agricole.

Plus spécifiquement sur la mortalité liée à l'activité professionnelle, le secteur agricole présente :

– un nombre moyen de 65 décès liés à l'activité professionnelle, dont 49 accidents du travail et 16 accidents de trajet ⁽³⁾ ;

– plus de 3 000 maladies professionnelles, dont plus de 15 % ne relèvent pas de la catégorie des troubles musculo-squelettiques ⁽⁴⁾.

(1) La fréquence des accidents du travail graves non-mortels est passée de 2,9 à 2,2 entre 2018 et 2022. Les principaux facteurs d'accidents du travail graves non mortels sont liés à l'usage d'outils motorisés et de machines ou à différents types de chutes.

(2) Mutualité sociale agricole, « Les risques professionnels des non-salariés agricoles entre 2018 et 2022 », p. 34, 24 juin 2024.

(3) Idem, p. 35.

(4) Idem, p. 58. Il n'existe pas, à la connaissance du rapporteur, de statistiques précises quant au nombre de décès causés de façon directe par une maladie professionnelle.

● L'indemnisation liée aux sinistres « accidents du travail – maladies professionnelles » du régime social agricole représente **une dépense de l'ordre de 700 millions d'euros**, dont 100 millions d'euros au titre de l'indemnisation des non-salariés agricoles et 600 millions d'euros au titre de l'indemnisation des salariés ⁽¹⁾. Toutefois, **le régime est, au titre de l'année 2024, excédentaire à hauteur de 36,4 millions d'euros pour cette branche** ⁽²⁾.

C. AU-DELÀ DES SEULS RISQUES PROFESSIONNELS, LES AGRICULTEURS PRÉSENTENT UNE VULNÉRABILITÉ PARTICULIÈRE AU RISQUE DE SUICIDE

En sus des risques professionnels *stricto sensu*, les professions agricoles et particulièrement les exploitants sont vulnérables au risque de suicide.

Ainsi, en moyenne en France un agriculteur se suicide tous les deux jours et les assurés du régime agricole présentent un risque de suicide accru de 43 % par rapport aux assurés de l'ensemble des régimes de sécurité sociale ⁽³⁾.

Cette situation est évidemment ancienne – depuis près d'un demi-siècle ⁽⁴⁾ – mais également multifactorielle. En effet, les éléments explicatifs des tentatives de suicide relèvent tout à la fois du champ professionnel et de l'intime des personnes.

Sur ce point, un rapport d'information du Sénat recensait différents facteurs parmi lesquels la faiblesse du revenu agricole amenant à des situations de surendettement, un sentiment d'isolement prononcé, une absence de reconnaissance de l'engagement professionnel agricole ⁽⁵⁾.

En réponse à cette situation le régime de protection sociale agricole a été amené à évoluer afin de couvrir les foyers confrontés à un risque qui s'inscrit à l'interstice entre pratique professionnelle et accident de la vie privée.

(1) Idem, p. 17.

(2) Idem, p. 19.

(3) *Mutualité sociale agricole*, « La mortalité par suicide au régime agricole : une préoccupation majeure pour la MSA », 8 juillet 2021.

(4) Nicolas Deffontaines, « Les suicides des agriculteurs. Pluralité des approches pour une analyse configurationnelle du suicide », Thèse de doctorat soutenue le 29 mai 2017, Université de Bourgogne.

(5) Sénat, rapport d'information fait au nom de la commission des affaires économiques sur les moyens mis en œuvre par l'État en matière de prévention, d'identification et d'accompagnement des agriculteurs en situation de détresse, M. Henri Cabanel et Mme Françoise Férat, sénateurs, 17 mars 2021 (n° 451, 2020-2021).

II. UNE ÉVOLUTION FAVORABLE DU CADRE D'INDEMNISATION EN CAS DE DÉCÈS LIÉ À UN ACCIDENT DE LA VIE PRIVÉE À PARTIR DE LA LOI DE FINANCEMENT POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2022

A. UNE PRISE EN CHARGE DES FRAIS LIÉS AU DÉCÈS D'UN RESSORTISSANT DU RÉGIME AGRICOLE PARTICULIÈREMENT RESTREINTE AVANT 2022

1. Une reconnaissance de l'accident de travail et de la maladie professionnelle harmonisée entre le régime général et le régime agricole

- Si le régime général de la sécurité sociale et le régime agricole présentent des définitions quasiment identiques s'agissant des accidents de travail et des maladies professionnelles, le régime d'indemnisation – et notamment pour ce qui relève de l'attribution du « capital décès » – demeure, quant à lui, hétérogène.

- Ainsi, un accident de travail peut être défini, pour chacun des régimes, comme :

- un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail de toute personne affiliée au régime de sécurité sociale dont il relève ;

- un accident de trajet constaté selon des critères spécifiques liés au lieu de départ du trajet, au parcours, au motif du trajet ainsi qu'au lieu d'arrivée.

Une définition de l'accident du travail commune au régime général et au régime agricole

La définition de l'accident du travail applicable au régime général de la sécurité sociale est encadrée par les dispositions suivantes.

Article L. 411-1 du code de la sécurité sociale

« Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne mentionnée à l'article L. 311-2. »

Article L. 411-2 du code de la sécurité sociale

« Est également considéré comme accident du travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur mentionné par le présent livre, pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

« 1° La résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;

« 2° Le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi. »

La définition de l'accident du travail applicable au régime agricole pour les salariés est encadrée par les dispositions suivantes :

Article L. 751-6 du code rural et de la pêche maritime

« Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne mentionnée à l'article L. 751-1, salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

« Est également considéré comme accident du travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de mutualité sociale agricole de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur mentionné au premier alinéa ci-dessus pendant le trajet d'aller et retour entre :

« 1° Sa résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu de travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour est rendu nécessaire par la pratique régulière du covoiturage ;

« 2° Le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi. »

La définition de l'accident du travail applicable au régime agricole pour les non-salariés est encadrée par les dispositions suivantes.

Article L. 751-2 du code rural et de la pêche maritime, premier alinéa

« Est considéré comme accident du travail l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail sur le lieu de l'exploitation, de l'entreprise, de l'établissement ou du chantier ou dans les conditions prévues à l'article L. 325-1 à toute personne visée à l'article L. 752-1. Est également considéré comme accident du travail tout accident dont l'assuré apporte la preuve qu'il est survenu pendant le trajet d'aller et retour entre son domicile, son lieu de travail et tout lieu où il est susceptible de se rendre dans l'exercice de son activité. »

● Pour les maladies professionnelles, celles-ci doivent, pour être reconnues comme telles, remplir les conditions suivantes :

– appartenir au tableau des maladies professionnelles et être contractées dans les conditions prévues par le même tableau ⁽¹⁾ ;

– en cas d'appartenance au tableau des maladies professionnelles mais en l'absence du respect de l'ensemble des critères d'exposition ou de délai de prise en charge, être directement causées par le travail habituel de la victime ;

– en cas de non-appartenance au tableau susmentionné, être causées essentiellement et directement par le travail habituel de la victime et entraîner son décès ou une incapacité de travail d'un certain niveau.

(1) Seul ce critère est applicable aux non-salariés agricoles.

La définition d'une maladie professionnelle est harmonisée entre le régime général et au régime agricole

La définition de la maladie professionnelle applicable au régime général de la sécurité sociale est encadrée par les dispositions suivantes.

Article L. 461-1 du code de la sécurité sociale

« Les dispositions du présent livre sont applicables aux maladies d'origine professionnelle sous réserve des dispositions du présent titre. En ce qui concerne les maladies professionnelles, est assimilée à la date de l'accident :

« 1° La date de la première constatation médicale de la maladie ;

« 2° Lorsqu'elle est postérieure, la date qui précède de deux années la déclaration de maladie professionnelle mentionnée au premier alinéa de l'article [L. 461-5](#) ;

« 3° Pour l'application des règles de prescription de l'article [L. 431-2](#), la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle.

« Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.

« Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

« Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article [L. 434-2](#) et au moins égal à un pourcentage déterminé.

« Dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, la caisse primaire reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de ce comité ainsi que les éléments du dossier au vu duquel il rend son avis sont fixés par décret. L'avis du comité s'impose à la caisse dans les mêmes conditions que celles fixées à l'article [L. 315-1](#).

« Les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme maladies d'origine professionnelle, dans les conditions prévues aux septième et avant-dernier alinéas du présent article. Les modalités spécifiques de traitement de ces dossiers sont fixées par voie réglementaire. »

La définition de la maladie professionnelle applicable au régime agricole des salariés est encadrée par les dispositions suivantes.

Article L. 751-7 du code rural et de la pêche maritime

« Les dispositions concernant les maladies professionnelles figurant au titre VI du livre IV du code de la sécurité sociale sont applicables au régime défini au présent chapitre.

« Des décrets fixent les modalités d'application du précédent alinéa. »

La définition de la maladie professionnelle applicable au régime agricole des non-salariés est encadrée par les dispositions suivantes.

Article L. 752-2 du code rural et de la pêche maritime, deuxième alinéa

« Sont considérées comme maladies professionnelles les maladies inscrites aux tableaux des maladies définies au titre VI du livre IV du code de la sécurité sociale. »

2. Toutefois des modalités d'indemnisation au titre du « capital décès » qui diffèrent largement au sein du régime agricole

• Le « capital décès » peut être défini comme « un montant forfaitaire » déterminé par décret ⁽¹⁾ et payé par le régime de l'assuré décédé à ses ayants droits – conjoint, concubin, personne liée par un pacte civil de solidarité, enfants ou ascendants ⁽²⁾ – quand l'assuré décédé remplit au moins l'une des conditions suivantes ⁽³⁾ :

- d'exercice d'une activité salariée au moins trois mois avant son décès ;
- de perception d'au moins l'une des allocations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 311-5 du code de la sécurité sociale avant son décès ;
- de bénéfice d'une pension d'invalidité avant son décès ;
- de bénéfice d'une rente dite « AT-MP » avant son décès ⁽⁴⁾.

Le « capital décès » peut être attribué au bénéficiaire des ayants droit des ressortissants du régime général dans le cas d'un décès faisant suite à un accident de la vie privée, à un accident de travail ou à une maladie professionnelle ⁽⁵⁾.

En effet, le critère de bénéfice d'une rente AT-MP permet d'ouvrir le droit au « capital décès » aux ayants droits d'un assuré décédé et dont le décès aurait pu survenir des suites d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

Parallèlement, les conditions d'exercice salarié et de perception d'allocation notamment permettent d'assurer la possibilité de bénéficier du « capital décès » y compris lorsque ce décès fait suite à un accident de la vie privée.

Il n'est donc pas nécessaire, dans un cas comme dans l'autre, pour un ayant droit d'un assuré du régime général d'apporter une preuve quelconque quant à la

(1) Au 1^{er} avril 2025, son montant est fixé à 3 977 euros. Source : Assurance maladie, « Décès d'un proche : prestations et formalités », 28 mars 2025, lien URL : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/pensions-allocations-rentes/deces-proche-capital-deces>

(2) Article L. 434-8 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 361-1 du code de la sécurité sociale. La liste qui suit est, aux fins de bonne compréhension, non exhaustive.

(4) Articles L. 431-1 et R. 431-1 du code de la sécurité sociale. Une rente correspond à un montant versé dans le cas d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ayant conduit à un taux d'incapacité permanent supérieur à 10 %. Le montant de la rente est déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

(5) Article R. 361-2 du code de la sécurité sociale.

nature du décès pour pouvoir bénéficier de ce « capital ». Celui-ci a, d'ailleurs, moins vocation à indemniser le foyer de la perte de l'assuré qu'à le préserver de la baisse de revenus ainsi causée.

- Si cette disposition du régime général de la sécurité sociale est appliquée de façon identique pour les salariés agricoles, qui bénéficient du « capital décès » en leur qualité de salarié ⁽¹⁾, il en va différemment pour les travailleurs agricoles non-salariés.

En effet, ceux-ci bénéficient, au même titre que les ayants droit des salariés agricoles et de ceux des ressortissants du régime général, de la prise en charge des « frais funéraires » en cas de décès ⁽²⁾.

En outre, ils peuvent également bénéficier d'une rente versée en cas de décès faisant suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, dans les conditions prévues par l'article L. 752-7 du code rural et de la pêche maritime ⁽³⁾.

Toutefois, à raison même de leur statut qui n'entre pas dans le champ du salariat, les non-salariés agricoles ne peuvent faire bénéficier à leurs ayants droit de l'indemnité forfaitaire du « capital décès » dans l'éventualité de leur mort. Cette disposition était, avant 2022, valable de façon équivalente pour les décès liés à l'activité professionnelle comme pour ceux relevant de la vie privée.

B. UNE ÉVOLUTION FAVORABLE, À PARTIR DE 2022, AU VERSEMENT DU CAPITAL DÉCÈS AU PROFIT DES NON-SALARIÉS AGRICOLES POUR LES SEULS DÉCÈS LIÉS AUX ACCIDENTS DE LA VIE PRIVÉE

1. Une évolution législative s'inscrivant dans le cadre du plan de lutte du Gouvernement contre le suicide des exploitants agricoles

- Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, dans sa version initiale déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale, prévoyait par une modification de l'article L. 752-7 du code rural et de la pêche maritime une évolution des conditions d'attribution de la rente versée aux ayants droit des chefs d'exploitation en cas d'un décès faisant suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Plus précisément, l'article 48 visait, dans un souci d'égalité de traitement, à étendre le bénéfice de cette rente à l'ensemble des non-salariés agricoles (collaborateurs d'exploitations, aides familiaux notamment) ⁽⁴⁾.

(1) Article L. 361-1 du code de la sécurité sociale. La condition de durée fixée à trois mois est également applicable aux salariés agricoles.

(2) En application des articles L. 435-1 du code de la sécurité sociale et L. 752-10 du code rural et de la pêche maritime.

(3) Le montant de cette rente est déterminé sur la base d'une fraction du salaire annuel de la victime.

(4) Rapport n° 4568, fait au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (n° 4523), par M. Thomas Mesnier, rapporteur général, p.431, 14 octobre 2021. Auparavant le bénéfice de la rente était réservé aux seuls chefs d'exploitation.

Au cours des débats au Sénat, un amendement présenté notamment par Mme Françoise Férat et des membres du groupe Union Centriste a permis d'élargir le bénéfice du « capital décès » aux ayants-droit des non-salariés confrontés à un décès résultant d'un accident de la vie privée ⁽¹⁾.

Applicable à compter du 1^{er} janvier 2022, cette disposition avait vocation à traduire les ambitions de la feuille de route du Gouvernement « Prévention du mal-être et accompagnement des agriculteurs en difficulté » et notamment son volet d'accompagnement des familles d'agriculteurs suicidés.

● De façon opérationnelle, ce « capital décès » peut être versé – depuis 2022 – aux ayants droit sous réserve des conditions suivantes :

– le ressortissant décédé est un chef d'exploitation et d'entreprise, un aide familial, un associé d'exploitation ou un collaborateur d'exploitation ;

– le décès résulte d'un accident de la vie privée ;

– l'assuré est affilié au régime depuis au moins un an ⁽²⁾.

● Concernant la répartition du versement du « capital » entre les ayants droit, une règle de priorité s'applique. Les personnes étant à la charge « effective, totale et permanente de l'assuré » bénéficient ainsi de son versement en première intention. À défaut ou en l'absence de déclaration de priorité dans un délai de deux mois à compter de la réception des informations relatives à l'attribution du « capital décès », le conjoint survivant ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou, en l'absence, les descendants et ascendants sont destinataires du versement ⁽³⁾.

Dans l'hypothèse de l'existence de bénéficiaires de rangs équivalents, le « capital » est réparti entre ces mêmes bénéficiaires à parts égales ⁽⁴⁾.

● Enfin, le « capital décès » bénéficie d'une protection juridique particulière en ce qu'il est incessible et insaisissable sauf afin de payer les arriérés de pensions alimentaires ou en cas de fraude ⁽⁵⁾.

2. Un cadre d'indemnisation du risque « décès » qui gagnerait, néanmoins, à être pleinement harmonisé

● La loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 a permis, selon votre rapporteur, une avancée notable dans la

(1) Amendement n° 631 déposé par Mmes Férat et Loïsier. Cet amendement a été adopté au même titre que deux amendements identiques déposés par M. Henri Cabanel et des membres du groupe du Rassemblement Démocratique Social et Européen.

(2) Articles D. 732-2-1 (I, 1°) et D. 732-12-2 du code rural et de la pêche maritime.

(3) Article L. 732-9-1 du code rural et de la pêche maritime (alinéas 2 et 3).

(4) Article D. 732-12-3 du code rural et de la pêche maritime.

(5) Article L. 732-9-1 du code rural et de la pêche maritime (dernier alinéa).

couverture des familles de non-salariés décédés des suites d'un accident de la vie privée.

Toutefois, dans l'hypothèse d'un décès faisant suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle, les ayants droit d'un travailleur agricole non-salarié ne bénéficieront que de l'indemnité de prise en charge des frais funéraires et de la rente versée à la suite du décès.

Leur assurance contre le risque décès sera donc « moins-disante » que celle des salariés agricoles et ce alors même que l'exposition aux risques professionnels des non-salariés peut être considérée, *a minima*, comme équivalente à celle des autres travailleurs agricoles.

La persistance de cette inégalité de traitement plaide donc en faveur d'une évolution des conditions de l'attribution du « capital décès » aux ayants droit d'un assuré dont le décès serait intervenu à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Cet alignement sur le droit existant pour les assurés salariés – qu'ils relèvent du régime général ou agricole – semble d'autant plus nécessaire que les critères de déclaration des accidents de travail et des maladies professionnelles sont harmonisés entre les régimes (voir *supra*).

III. LE DROIT PROPOSÉ : UN ALIGNEMENT COMPLET DES CONDITIONS DE BÉNÉFICE DU « CAPITAL DÉCÈS » DES NON-SALARIÉS AGRICOLES SUR LE RÉGIME DES SALARIÉS

● L'article 40 du présent projet de loi propose donc un alignement des conditions d'attribution du « capital décès » des non-salariés agricoles sur celles des salariés agricoles.

Son I élargit par conséquent, le bénéfice de ce montant forfaitaire aux ayants droit des travailleurs agricoles décédés – salariés comme non-salariés – et ce quelles que soient les circonstances du décès.

Plus précisément, il complète le premier alinéa de l'article L. 732-9-1 du code rural et de la pêche maritime afin d'intégrer la condition de décès des suites « d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle » dans les critères d'indemnisation.

Le II indique que cette disposition s'applique pour l'ensemble des décès survenus « à compter du 1^{er} janvier 2026 », soit la date d'entrée en vigueur théorique du présent projet de loi.

● Concernant les collectivités d'outre-mer et bien qu'elles ne soient concernées que de façon marginale par le « risque décès » des professionnels agricoles, la mesure trouvera à s'appliquer aux collectivités qui suivent ⁽¹⁾ :

(1) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale, « Annexe 9 : fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi », p. 359, 2025.*

- Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion ;
- Mayotte ;
- Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

● S’agissant du coût de la mesure, l’annexe 9 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale anticipe un **coût de l’ordre de 400 000 euros par an entre 2026 et 2029, soit un total de 1,6 million d’euros sur la période** ⁽¹⁾.

Cette hypothèse est fondée sur un nombre d’environ cent décès faisant suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle, soit la moyenne des décès constatés par la CCMSA pour les seuls accidents de travail ou de trajet.

En reprenant l’hypothèse d’un montant du « capital décès » pour les accidents de la vie privée fixé à 3 977 euros, le surcoût annuel correspond bien à 400 000 euros ⁽²⁾.

*
* *

Article 41

Optimiser le recouvrement des pensions alimentaires

Cet article harmonise les délais applicables aux procédures de recouvrement des pensions alimentaires. Le délai de prescription de deux ans qui encadre la procédure de paiement direct lorsqu’elle est engagée par l’Agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (Aripa) est aligné sur le délai de droit commun de cinq ans prévu par le code civil.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LA CRÉATION DU SERVICE PUBLIC DES PENSIONS ALIMENTAIRES

Chaque année, en France, environ 3 % des personnes mariées, pacsées ou en union libre se séparent ⁽³⁾. Les ruptures d’union peuvent entraîner des pertes matérielles et financières et faire basculer certaines personnes dans la pauvreté, à la suite de l’arrêt de la mutualisation des revenus au sein du couple et de la perte des économies d’échelle liées à la vie en commun, la charge des enfants constituant un facteur aggravant de la fragilité financière des ménages séparés. Le bon versement des pensions alimentaires constitue alors un enjeu majeur pour garantir à ces

(1) *Idem*, p. 351.

(2) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale*, « Annexe 9 : fiches d’évaluation préalable des articles du projet de loi », p. 361, 2025.

(3) *Insee*, « Après une séparation, les femmes subissent une perte financière plus élevée que les hommes », *Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d’Azur*, n° 130, mai 2024.

ménages, et en particulier aux femmes, un niveau de vie suffisant à l'entretien et à l'éducation des enfants.

ÉVOLUTION DU NIVEAU DE VIE MÉDIAN SELON LE SEXE ET LE TYPE DE SÉPARATION



Source : Insee, « Après une séparation, les femmes subissent une perte financière plus élevée que les hommes », Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur, n° 130, mai 2024.

Pour répondre à la problématique des impayés de pensions alimentaires, qui peuvent gravement fragiliser la situation financière du parent ayant la charge des enfants après une séparation, les pouvoirs publics ont progressivement construit un **service public des pensions alimentaires**.

1. La consolidation progressive du service public de l'intermédiation financière des pensions alimentaires

Le paiement des pensions alimentaires est un enjeu ancien qui a trouvé une réponse, en termes de politiques publiques, relativement récente. Si, dès 1984, les organismes débiteurs des prestations familiales sont habilités à apporter leur aide au recouvrement des créances dues au titre de l'entretien d'enfants, il faut attendre 2014 pour qu'une **garantie contre les impayés de pensions alimentaires** (Gipa) soit expérimentée. Cette dernière, généralisée en 2016 ⁽¹⁾, a permis d'étendre les possibilités de recouvrement par paiement direct et de réduire le nombre de mois de défaillance du débiteur avant que le créancier ne puisse bénéficier de l'allocation de soutien familial.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 ⁽²⁾ a ensuite créé **l'Agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires** (Aripa) et supprimé l'obligation, pour le parent créancier, de présenter la preuve qu'il a lui-même engagé une procédure de recouvrement, le plus souvent par l'intermédiaire d'un huissier. Les missions de l'Aripa sont alors :

- le recouvrement des impayés de pensions alimentaires ;

(1) Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

(2) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

- le soutien aux parents isolés, en versant notamment l'allocation de soutien familial ;
- l'intermédiation financière, sur décision du juge aux affaires familiales, en cas de violences ou de menaces exercées par le débiteur de la pension alimentaire à l'encontre du parent créancier ou des enfants ;
- l'information et l'accompagnement des parents séparés.

Suite à cette réforme, en dehors du cas particulier des violences conjugales, l'Aripa n'intervenait qu'en cas d'impayés de pensions alimentaires, sans pouvoir prévenir ces impayés. C'est la raison pour laquelle l'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽¹⁾ a instauré un **service public d'intermédiation financière des pensions alimentaires** (Ifpa). Dans un premier temps, ce service a été proposé aux parents séparés depuis le 1^{er} juin 2020, avant d'être élargi, à compter du 1^{er} janvier 2021, à toutes les séparations, nouvelles ou antérieures à la création du dispositif. La mise en œuvre de l'intermédiation financière restait toutefois subordonnée à une demande de la part de l'un des parents.

L'article 100 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 ⁽²⁾ a finalement rendu automatique l'intermédiation financière des pensions alimentaires, qui devient la norme.

2. Le fonctionnement du service public d'intermédiation financière des pensions alimentaires

L'article 373-2-2 du code civil dispose qu'en cas de séparation des parents, la **contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant** prend la forme d'une pension alimentaire versée par l'un des parents à l'autre, ou à la personne à laquelle l'enfant a été confié. L'intermédiation financière des pensions alimentaires par l'organisme débiteur des prestations familiales est automatiquement et systématiquement mise en place sauf :

- en cas de refus des deux parents ;
- à titre exceptionnel, lorsque le juge estime, par une décision spécialement motivée, que la situation de l'une des parties ou les modalités d'exécution de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant sont incompatibles avec cette mise en place.

En application de l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, les organismes débiteurs des prestations familiales sont chargés de l'intermédiation des pensions alimentaires. Les parents sont tenus de transmettre à la caisse d'allocations familiales (CAF) ou de mutualité sociale agricole (MSA) toutes les informations nécessaires à l'instruction et à la mise en œuvre de l'intermédiation financière, et de

(1) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(2) Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

l'informer de tout changement de situation ayant des conséquences sur cette mise en œuvre. L'intermédiation financière emporte mandat du parent créancier au profit de la CAF ou de la MSA de procéder pour son compte au recouvrement des créances alimentaires. En cas de défaut de versement de tout ou partie de la créance alimentaire par le parent débiteur à la CAF ou à la MSA, la créance fait l'objet d'un recouvrement dès le premier impayé selon toutes procédures appropriées.

Lorsque l'un des parents se soustrait totalement ou en partie au versement d'une créance alimentaire, **l'allocation de soutien familial** (ASF) ou une allocation différentielle est versée à titre d'avance, à condition que le parent créancier remplisse les conditions d'attribution de l'ASF, et dans la limite du montant de cette allocation. L'organisme débiteur des prestations familiales est alors subrogé dans les droits du créancier pour assurer le recouvrement de la pension alimentaire ⁽¹⁾. La demande de l'ASF en cas de non-paiement d'une créance alimentaire emporte par ailleurs mandat du créancier à l'Aripa pour recouvrer le surplus de la créance et les autres termes à échoir ⁽²⁾.

Le titulaire d'une créance alimentaire, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, bénéficie **à sa demande** de l'aide des organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir ⁽³⁾.

L'allocation de soutien familial

En application de l'article L. 523-1 du code de la sécurité sociale, les parents **isolés** peuvent percevoir une allocation de soutien familial lorsque l'autre parent se soustrait ou est considéré comme hors d'état de faire face à ses obligations d'entretien ou au versement d'une pension alimentaire. Lorsque l'autre parent s'acquitte intégralement du versement d'une pension alimentaire dont le montant est inférieur à celui de l'allocation de soutien familial, une allocation de soutien familial différentielle est versée.

Depuis le 1^{er} avril 2025, le montant de l'ASF est de 199,19 euros par mois et le montant de l'ASF différentielle est égal à la différence entre le montant de la pension reçue et 199,19 euros.

B. LES DIFFÉRENTS DÉLAIS DE PRESCRIPTION DES ACTIONS EN RECOUVREMENT DES PENSIONS ALIMENTAIRES IMPAYÉES

1. La procédure de paiement direct permet de recouvrer les pensions alimentaires impayées depuis au plus deux ans

Les pensions alimentaires sont prescriptibles dans un délai de **cinq ans**, selon le délai de droit commun applicable aux actions personnelles ou mobilières

(1) Article L. 581-2 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 581-3 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 581-6 du code de la sécurité sociale.

prévu à l'article 2224 du code civil. Une procédure de recouvrement amiable des pensions alimentaires impayées précède toujours toute procédure de recouvrement forcé. Parmi les procédures de recouvrement forcé, le **paiement direct**, qui permet de récupérer auprès d'un tiers (employeur ou banque du débiteur par exemple) le montant de la créance, est la procédure privilégiée.

- En application de l'article L. 213-1 du code des procédures civiles d'exécution, tout créancier d'une pension alimentaire peut se faire payer directement le montant de cette pension par les tiers débiteurs de sommes liquides et exigibles envers le débiteur de la pension. La demande de paiement direct vaut, sans autre procédure et par préférence à tous autres créanciers, attribution au bénéficiaire des sommes qui en font l'objet au fur et à mesure qu'elles deviennent exigibles ⁽¹⁾.

La procédure de paiement direct est applicable aux termes à échoir de la pension alimentaire, ainsi qu'aux termes échus pour les six derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Par dérogation, lorsque l'Aripa agit pour le compte du créancier d'une pension alimentaire, la procédure de paiement direct est applicable aux termes échus de la pension alimentaire dans la limite des vingt-quatre derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct ⁽²⁾.

- En parallèle de la procédure de paiement direct, les créanciers de pensions alimentaires peuvent engager une **procédure de recouvrement public**. L'article 1^{er} de la loi du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires ⁽³⁾ prévoit ainsi que « toute pension alimentaire dont le recouvrement total ou partiel n'a pu être obtenu par l'une des voies d'exécution de droit privé peut être recouvrée pour le compte du créancier par les comptables publics compétents ». L'article 3 de cette même loi précise que le recouvrement concerne les termes à échoir de la pension alimentaire ainsi que les termes échus à compter du sixième mois ayant précédé la demande.

Les organismes débiteurs des prestations familiales peuvent, en application de l'article 15 de la loi de finances rectificative pour 1980 ⁽⁴⁾, confier aux comptables publics le recouvrement sur le débiteur d'aliments de toute avance sur pension alimentaire dans le délai de cinq ans de droit commun prévu par l'article 2224 du code civil.

Ainsi, selon la procédure de recouvrement utilisée, et selon qu'elle soit engagée par le parent créancier lui-même, ou par l'Aripa agissant pour son compte, les termes échus des pensions alimentaires impayées peuvent être recouvrés selon des délais différents. Si le droit civil prévoit un délai de droit commun de cinq ans, la procédure de paiement direct est limitée aux termes échus depuis au plus six mois lorsque le parent créancier agit seul, ou depuis au plus deux ans lorsque l'Aripa agit pour son compte. De même, lorsque l'Aripa a accordé une avance au parent

(1) Article L. 213-2 du code des procédures civiles d'exécution.

(2) Article L. 213-4 du code des procédures civiles d'exécution prévoit.

(3) Loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires.

(4) Loi n° 80-1055 du 23 décembre 1980 de finances rectificative pour 1980.

créancier éligible à l'allocation de soutien familial, la procédure de paiement direct lui permet de recouvrer jusqu'à deux ans d'arriérés. Lorsque ce délai est dépassé, l'Aripa doit transférer sa créance au Trésor public pour la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement public qui permet de recouvrer les termes échus depuis **au plus cinq ans**.

2. L'encadrement de la procédure de paiement direct contraint l'Aripa à recourir à des procédures de recouvrement forcé plus complexes

Selon l'étude d'impact annexée au présent projet de la loi de financement de la sécurité sociale, « *le délai maximal dans lequel une créance peut être recouvrée via la procédure de paiement direct peut conduire à ce que des créances initialement couvertes par cette procédure ne le soient plus par la suite* » ⁽¹⁾, ce qui conduit à des pertes de mensualités de pension alimentaire après la notification du paiement direct. Ainsi, l'insolvabilité du débiteur ou le changement de tiers (employeur, banque) peuvent conduire à émettre une deuxième notification de paiement direct après l'échec de la première, rendant impossible le recouvrement des impayés les plus anciens. De même, dans la mesure où le recouvrement forcé doit être précédé d'une tentative de recouvrement amiable, la notification de paiement direct auprès du tiers intervient généralement deux à trois mois après la notification de l'état de la dette au débiteur de la pension alimentaire suite à la demande de recouvrement faite par le créancier, soit autant de mensualités qui ne pourront être recouvrées dans le cadre du paiement direct.

Lorsque la procédure de paiement direct ne permet pas de recouvrer l'ensemble de la créance, le parent créancier ou l'Aripa doivent alors se tourner vers d'autres procédures plus lourdes, à l'image de la procédure de recouvrement public. Or, comme le souligne l'étude d'impact, « *ces bascules en recouvrement public sont [...] sources de charge accrue et de lourdeur en gestion pour la direction générale des finances publiques (DGFIP) et les préfectures, et ce pour des montants recouverts en faible proportion par rapport aux enjeux de recouvrement globaux des comptes publics* » ⁽²⁾.

II. LE DROIT PROPOSÉ

L'article 41 propose d'aligner les délais de prescription des impayés de pensions alimentaires dans le cadre de la procédure de recouvrement direct sur le délai de droit commun de cinq ans.

Le **I** modifie le dernier alinéa de l'article L. 213-4 du code des procédures civiles d'exécution, qui prévoit le délai dérogatoire de deux ans applicable aux procédures de paiement direct initiées par l'Aripa pour le compte du parent créancier. Ce délai de deux ans est ainsi remplacé par un délai de cinq ans.

(1) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, Annexe 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi ».*

(2) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, Annexe 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi ».*

Le 1^o du **II** modifie l'article L. 581-3 du code de la sécurité sociale qui prévoit que la demande de l'allocation de soutien familial formulée par le créancier d'une pension alimentaire impayée emporte mandat au profit de l'Aripa pour recouvrer le surplus de la créance ainsi que les autres termes à échoir. Ce mandat concerne désormais également les termes échus.

Le 2^o du **II** supprime la référence au délai de deux ans pour le recouvrement des termes échus de créances alimentaires à l'article L. 581-6 du code de la sécurité sociale relatif à l'aide apportée par l'Aripa au parent créancier non bénéficiaire de l'allocation de soutien familial.

Enfin, le **III** prévoit l'entrée en vigueur de ces dispositions au 1^{er} avril 2026.

La rapporteure thématique souligne le grand intérêt de cette mesure d'ordre technique, qui facilitera les démarches de l'Aripa dans le recouvrement des pensions alimentaires impayées. Elle rappelle que la création de ce service d'intermédiation financière constitue l'une des grandes avancées récentes intervenue au service des familles, et notamment des mères qui assument la charge principale des enfants après une séparation. Il s'agit d'un dispositif qui favorise l'apaisement des relations entre les parents séparés, afin de leur permettre de se concentrer sur les enjeux d'éducation de leurs enfants, et non sur les questions financières.

*

* *

Article 42

Créer un congé supplémentaire de naissance

Cet article crée un congé supplémentaire de naissance au bénéfice des salariés, des fonctionnaires, des militaires, des non-salariés agricoles et des travailleurs indépendants. D'une durée d'un ou deux mois au choix de chaque parent, il sera indemnisé à travers le versement d'indemnités journalières dégressives, en référence au salaire net antérieur, dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale.

I. LE DROIT EXISTANT : LE PAYSAGE DES CONGÉS FAMILIAUX EN FRANCE

La France propose aux parents deux grandes catégories de congés familiaux : les congés qui suivent immédiatement la naissance ou l'adoption d'un enfant (congé de maternité, congé de paternité ou d'accueil de l'enfant, et congé d'adoption), et le congé parental d'éducation, qui permet de cesser son activité professionnelle jusqu'aux trois ans de l'enfant. Le système français présente ainsi des spécificités par rapport à d'autres pays : les congés suivant la naissance de l'enfant sont relativement courts, mais bien rémunérés ; à l'inverse, le congé parental d'éducation est long, mais faiblement rémunéré.

A. LES CONGÉS SUIVANT LA NAISSANCE OU L'ADOPTION D'UN ENFANT

1. Le congé de maternité

Les articles L. 1225-17 à L. 1225-28 du code du travail organisent le régime du congé de maternité pour les femmes salariées. En vertu de l'article L. 631-1 du code général de la fonction publique, les durées prévues par le code du travail ⁽¹⁾ sont également applicables aux fonctionnaires.

● Le **congé de maternité** bénéficie à toutes les femmes occupant un emploi ou au chômage indemnisé au cours des douze derniers mois au moment de la naissance de leur enfant. Hors situations particulières, pour les grossesses simples (un seul enfant), sa durée varie en fonction du nombre d'enfants à charge :

– dans le cas d'une première ou d'une deuxième naissance, sa durée totale est de seize semaines dont six semaines avant la date présumée de l'accouchement et dix autres après celui-ci. Cette durée n'a pas été modifiée depuis 1980 ;

– au-delà de deux enfants à charge, soit à partir de la naissance du troisième enfant, sa durée est portée à vingt-six semaines dont huit semaines avant l'accouchement et dix-huit autres après celui-ci.

Dans le cas de naissances multiples, la durée totale du congé atteint trente-quatre semaines pour des jumeaux. Elle est de quarante-six semaines pour des triplés ou davantage.

En cas de risques ou de complications liés à la grossesse attestés par un certificat médical, dans le cadre d'un congé dit « pathologique », la durée du congé de maternité peut être augmentée dans la limite de deux semaines avant la date présumée de l'accouchement et de quatre semaines après la date de celui-ci ⁽²⁾. En outre, lorsque l'enfant est hospitalisé jusqu'à l'expiration de la sixième semaine suivant l'accouchement, la salariée peut reporter à la date de la fin de l'hospitalisation tout ou partie du congé auquel elle peut encore prétendre ⁽³⁾.

(1) Articles L. 1225-17 à L. 1225-21 du code du travail.

(2) Article L. 1225-20 du code du travail.

(3) Article L. 1225-22 du code du travail.

**DURÉES LÉGALES DU CONGÉ DE MATERNITÉ
SELON LA SITUATION FAMILIALE ET LE NOMBRE DE NAISSANCES ATTENDUES**

(en nombre de semaines)

Situation familiale	Avant l'accouchement (congé prénatal)	Après l'accouchement (congé postnatal)	Total
< 1 ou 2 enfants	6	10	16 semaines
> 3 enfants	8	18	26 semaines
Jumeaux	12	22	34 semaines
Triplés ou plus	24	22	46 semaines
Pathologique	+ 2	+ 4	+ 6

Source : rapport d'information n° 1971 de Thibault Bazin et Céline Thiébault-Martinez sur les congés parentaux, 16 octobre 2025.

Le congé prénatal peut être abrégé, sur avis médical favorable, d'au plus trois semaines qui se reportent sur la période postnatale. De même, en cas de naissance prématurée, les jours non-pris sur la période prénatale sont reportés sur la période postnatale.

• Dans le secteur privé, le congé de maternité entraîne la suspension du contrat de travail avant et après l'accouchement et ouvre droit, sous conditions, au versement d'indemnités journalières par la sécurité sociale pour compenser la perte de revenus. Les salariées du secteur privé perçoivent ainsi des indemnités proportionnelles à leur salaire dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) ⁽¹⁾. Elles peuvent être complétées en application de conventions collectives et d'accords d'entreprise plus favorables.

Les travailleuses indépendantes disposent d'une allocation forfaitaire dite de repos maternel ⁽²⁾ et d'une indemnité journalière forfaitaire ⁽³⁾.

Dans le secteur public, les fonctionnaires bénéficient du maintien de l'intégralité de leur traitement auquel peuvent s'ajouter le supplément familial de traitement (SFT), l'indemnité de résidence (IR), des primes et autres indemnités. Les agents contractuels de la fonction publique conservent également l'intégralité de leur rémunération sans condition d'ancienneté ⁽⁴⁾.

2. Le congé de paternité et d'accueil du jeune enfant

Le **congé de paternité et d'accueil du jeune enfant** est apparu en 2002, soit bien plus récemment que le congé de maternité afin de favoriser l'engagement

(1) Soit au maximum 101,94 euros par jour au 1er janvier 2025.
(2) Elle est versée pour moitié au début du congé et pour moitié à la fin de la période obligatoire de cessation d'activité de huit semaines. Son montant est de 3 925 euros au 1er janvier 2025 pour un revenu d'activité annuel moyen supérieur ou égal à 4 208 euros.
(3) Soit au maximum 64,52 euros au 1er janvier 2025.
(4) Voir les décrets n° 86-83 du 17 janvier 1986 (article 15) pour la fonction publique d'État, n° 88-145 du 15 février 1988 (article 10) pour la fonction publique territoriale et n° 91-155 du 6 février 1991 (article 13) pour la fonction publique hospitalière.

des pères à la naissance et leurs liens avec l'enfant, rééquilibrer le partage des tâches domestiques, et concourir à l'égalité professionnelle entre hommes et femmes.

- Régi par les articles L. 1225-35 à L. 1225-36 du code du travail, ce congé bénéficie au père biologique, au conjoint (ou à la conjointe), au concubin (ou à la concubine) de la mère, ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité, occupant un emploi au moment de la naissance ou au chômage indemnisé au cours des douze derniers mois. Il est ouvert sans conditions d'ancienneté et quel que soit le type de contrat de travail – à durée indéterminée ou temporaire.

Sa durée a été portée de onze jours à vingt-cinq jours dont quatre jours obligatoires (et de dix-huit à trente-deux jours en cas de naissances multiples) par la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021. Elle s'ajoute au congé de naissance prévu au 3° de l'article L. 3142-1 du code du travail, correspondant à trois jours d'absence autorisés lors de la naissance d'un enfant, à la charge de l'employeur. La réforme, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2021, a également introduit la possibilité de fractionner une partie de la durée du congé. Le congé de paternité se compose donc désormais de deux périodes :

- l'une, suivant immédiatement la naissance, compte sept jours obligatoires incluant trois jours au titre du congé de naissance à la charge de l'employeur et quatre jours au titre du congé de paternité ⁽¹⁾. L'employeur a interdiction d'employer le salarié pendant cette période ⁽²⁾ ;

- l'autre, optionnelle, de vingt et un jours calendaires (vingt-huit jours en cas de naissances multiples), peut elle-même être fractionnée en deux périodes jusqu'aux six mois de l'enfant, contre quatre mois avant la réforme.

En cas d'hospitalisation immédiate de l'enfant après la naissance, la durée du congé de paternité est prolongée de droit jusqu'à la sortie et dans la limite de trente jours consécutifs ⁽³⁾.

- Dans le secteur privé, le congé de paternité et d'accueil du jeune enfant entraîne la suspension du contrat de travail et ouvre droit, sous conditions, au versement d'indemnités journalières par la sécurité sociale pour compenser la perte de revenus. Ces indemnités sont proportionnelles au salaire dans la limite du Pass ⁽⁴⁾. Des modalités spécifiques en matière de taux d'indemnisation et de durée peuvent s'appliquer dans certaines professions en application de dispositifs conventionnels.

Les travailleurs indépendants bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire fixée à 64,52 euros maximum par jour au 1^{er} janvier 2025.

(1) Au régime agricole, les exploitants agricoles et les non-salariés agricoles peuvent prendre les sept premiers jours dans les quinze jours à compter de la date effective de la naissance de l'enfant et les jours restants peuvent être fractionnés en trois périodes d'au moins cinq jours chacune (article D. 732-27 du code rural et de la pêche maritime).

(2) Article L. 1225-35-1 du code du travail.

(3) Articles L. 1225-35 (alinéa 5) et D. 1225-8-1 du code du travail.

(4) Soit au maximum 101,94 euros par jour au 1^{er} janvier 2025.

Les fonctionnaires et agents contractuels de la fonction publique ont droit au maintien intégral de leur traitement ou rémunération. Ils conservent le bénéfice des droits acquis avant le début du congé ⁽¹⁾.

3. Le congé d'adoption

Le **congé d'adoption** bénéficie aux parents qui se voient confier un enfant en vue de son adoption. Il ne concerne donc pas les adoptions intrafamiliales. Pour les salariés, il est régi par les articles L. 1225-37 et suivants du code du travail et par l'article L. 331-7 du code de la sécurité sociale ⁽²⁾.

Sa durée varie selon qu'il est partagé ou non entre les deux parents. S'il est pris par un seul des deux parents, il est de seize semaines pour les deux premiers enfants arrivant au foyer, de dix-huit semaines lorsque l'adoption porte à trois ou plus le nombre d'enfants à charge et de vingt-deux semaines en cas d'adoptions multiples, quel que soit le nombre d'enfants au foyer. Il peut débiter sept jours calendaires avant l'arrivée de l'enfant et se terminer au plus tard dans les huit mois suivant cette date.

L'article 73 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a allongé la majoration de la durée du congé d'adoption lorsqu'il est partagé entre les deux parents. Elle est portée de onze jours à vingt-cinq jours lorsque le couple a moins de deux enfants à charge, et à trente-deux jours lorsqu'il a au moins deux enfants à charge en plus de l'enfant adopté.

Le congé d'adoption entraîne la suspension du contrat de travail. Des indemnités journalières sont versées dans les mêmes conditions que pour les congés de maternité et de paternité. Les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles bénéficient également du congé d'adoption ⁽³⁾ mais sa durée n'est pas alignée entre les différents régimes.

B. LE CONGÉ PARENTAL D'ÉDUCATION ET SON INDEMNISATION PAR LA PRESTATION PARTAGÉE D'ÉDUCATION DE L'ENFANT

1. Le congé parental d'éducation

Le **congé parental d'éducation (CPE)**, prévu aux articles L. 1225-47 à L. 1225-59 du code du travail, bénéficie à tout salarié du secteur privé ou public qui justifie d'une ancienneté minimale d'une année ⁽⁴⁾. Il permet, pour s'occuper de son

(1) Article L. 631-9 du code de la fonction publique.

(2) Pour les fonctionnaires, voir l'article L. 631-8 du code général de la fonction publique.

(3) Pour les agriculteurs, voir l'article L. 732-10-1 du code rural et de la pêche maritime. Pour les indépendants, voir le II de l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale.

(4) La condition d'avoir à justifier d'une ancienneté d'un an « à la date de naissance ou de l'arrivée au foyer de l'enfant » a été supprimée par l'article 18 de la loi n° 2023-171 du 9 mars 2023 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans les domaines de l'économie, de la santé, du travail, des transports et de l'agriculture. Cette évolution a eu lieu dans le but de permettre aux parents dépourvus

enfant, d’interrompre l’activité professionnelle – congé dit « total » durant lequel le contrat de travail est suspendu – ou de la réduire – congé « à temps partiel » avec un minimum de seize heures hebdomadaires. Il a une durée d’un an au plus et peut être prolongé deux fois de manière à prendre fin au plus tard au troisième anniversaire de l’enfant, voire jusqu’au sixième anniversaire en cas de naissances multiples.

Ce congé n’est pas rémunéré par l’employeur. Toutefois, sous certaines conditions, le salarié qui en bénéficie perçoit la **prestation partagée d’éducation de l’enfant (PreParE)**.

2. La prestation partagée d’éducation de l’enfant

Créée par la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l’égalité réelle entre les femmes et les hommes, la PreParE s’est substituée, à compter de 2015, au complément de libre choix d’activité (CLCA). Cette prestation, versée par les caisses d’allocations familiales, bénéficie aux parents qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle pour s’occuper d’un enfant de moins de 3 ans, ou d’un enfant adopté de moins de 20 ans, sous réserve de justifier d’au moins deux années d’emploi ou périodes assimilées dans les années qui précèdent la naissance ou l’accueil. Elle est versée sans conditions de ressources.

Depuis le 1^{er} avril 2025, son montant à taux plein s’élève à **456,05 euros par mois**. Son montant mensuel à taux partiel s’établit à 294,81 euros pour une activité égale ou inférieure à 50 %, et à 170,07 euros pour une activité supérieure à 50 %. Dans les familles ayant à charge au moins trois enfants, la PreParE à taux plein peut être majorée sur option à 745,43 euros pendant huit mois dans la limite du premier anniversaire de l’enfant. Le bénéfice de la PreParE majorée exclut celui de la PreParE de droit commun et en limite donc la durée à huit mois ⁽¹⁾.

MONTANTS DE LA PREPARE AU 1^{ER} AVRIL 2025 SELON LA QUOTITÉ DE TRAVAIL

Activité	Montants mensuels
Cessation totale d’activité	456,05 euros
<i>Dont majoration à partir du troisième enfant</i>	<i>745,43 euros</i>
Temps de travail inférieur ou égal au mi-temps	294,81 euros
Temps de travail entre 50 % et 80 %	170,07 euros

La réforme de 2015 a modifié la durée et la répartition du droit à l’allocation entre les deux parents :

– pour le premier enfant, chaque parent peut en bénéficier pendant six mois maximum jusqu’au mois précédent le premier anniversaire ;

d’emploi au moment de la naissance ou de l’adoption de l’enfant de bénéficier du congé ultérieurement. Cette même loi a également précisé les modalités de prise en compte du congé au titre des droits à l’ancienneté (article L. 1225-54 du code du travail).

(1) VI de l’article L. 531-4 du code de la sécurité sociale et article D. 531-16-1 du même code.

– à partir du deuxième enfant, chaque parent peut en bénéficier pendant vingt-quatre mois maximum, au lieu de trois ans avant la réforme, de façon à inciter le second parent à prendre une partie du congé pour couvrir la troisième année de l’enfant.

La réforme visait à favoriser le retour à l’emploi des mères d’une part, et le partage du congé entre les deux parents d’autre part. Les nombreuses évaluations disponibles soulignent toutefois que le dispositif n’a que très partiellement atteint ses objectifs : il demeure aujourd’hui méconnu et faiblement attractif, ce dont témoigne la chute du nombre de ses bénéficiaires depuis 2015.

DURÉE MAXIMALE D’INDEMNISATION DU CONGÉ PARENTAL VIA LA PREPARE

	Après la naissance du premier enfant	À partir du deuxième enfant
Avant la réforme (CLCA)	6 mois par famille	36 mois par famille
Après la réforme (PreParE)	6 mois <u>par parent</u>	24 mois <u>par parent</u> (dans la limite de 36 mois par famille)

C. L’ÉCOSYSTÈME DES CONGÉS FAMILIAUX EST COMPLEXE, EN LIEN AVEC LES ATTENTES DES FAMILLES, LA DISPONIBILITÉ DE L’OFFRE D’ACCUEIL ET LES NORMES SOCIALES

Le choix, pour les mères et les pères, de recourir, en tout ou partie, aux congés de maternité et de paternité, et au congé parental d’éducation, s’exerce dans un environnement prédéterminé – disponibilité de l’offre d’accueil, normes sociales, situation socioprofessionnelle. Il est aussi fonction des paramètres retenus pour la durée et l’indemnisation de ces congés. Il s’agit donc d’un choix à la fois individuel et intime, mais pourtant influencé par des facteurs socio-économiques.

1. Le recours contrasté aux congés familiaux

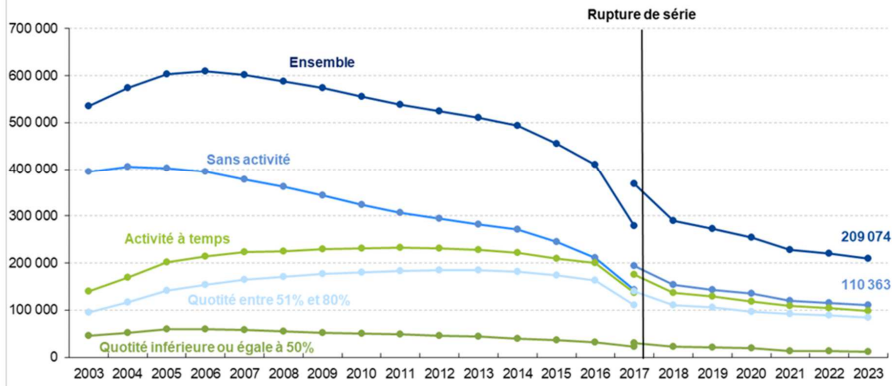
● Si la quasi-totalité des mères éligibles recourent au congé de maternité au moment de la naissance de leur enfant, ce constat est à nuancer concernant les pères. Depuis la réforme de 2021, au moins les deux tiers des pères éligibles ont déclaré avoir pris la totalité de leur congé de paternité, en une seule fois dans la grande majorité des cas ⁽¹⁾. En outre, les indépendants, les salariés en contrat court ou les chômeurs mobilisent moins leurs droits aux congés de maternité et de paternité.

● Le congé parental d’éducation présente un bilan particulièrement mitigé. Depuis 2015, le nombre d’allocataires de la PreParE a chuté de moitié de manière continue. À la fin du mois de juin 2023, un peu plus de 209 000 familles bénéficient de cette allocation, dont 110 300 à taux plein et 98 300 à taux réduit (contre 455 000 bénéficiaires en 2014, soit une baisse de 54 %).

(1) Drees, « Premiers jours de l’enfant : un temps de plus en plus sanctuarisé par les pères via le congé de paternité », Études et résultats, juillet 2023.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE FAMILLES BÉNÉFICIAIRES DE LA PREPARE OU DE LA CLCA DEPUIS 2003

Graphique 1 • Evolution du nombre de familles bénéficiaires de la Prepare



Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale 2024 pour la branche famille annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss).

D'après le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale pour la branche famille de 2024 ⁽¹⁾, les mères représentent 94 % des bénéficiaires. Plus de la moitié des mères arrêtent totalement leur activité professionnelle. La durée moyenne de recours à cette prestation s'élève à 13 mois. Selon une étude de l'Observatoire français des conjonctures économiques publiée en 2021 ⁽²⁾, le recours des pères au congé parental n'a presque pas augmenté avec la création de la PreParE en 2015. L'objectif affiché était pourtant d'encourager au moins 100 000 pères par an à prendre un congé parental.

Surtout, la diminution constante du nombre de bénéficiaires témoigne d'un échec de la réforme, dont deux grands enseignements peuvent être tirés :

- le niveau d'indemnisation est un levier majeur d'incitation des pères à prendre un congé parental ;

- l'instauration d'une condition de partage entre les parents pour bénéficier d'une durée complète de congé n'a pas eu pour effet d'inciter les pères à le prendre, mais a conduit les femmes à renoncer à la troisième année de congé.

(1) Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale 2024 pour la branche famille annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss).

(2) Hélène Périvier, Grégory Verdugo, « Cinq ans après la réforme du congé parental (PreParE), les objectifs sont-ils atteints ? », OFCE Policy Brief, 6 avril 2021.

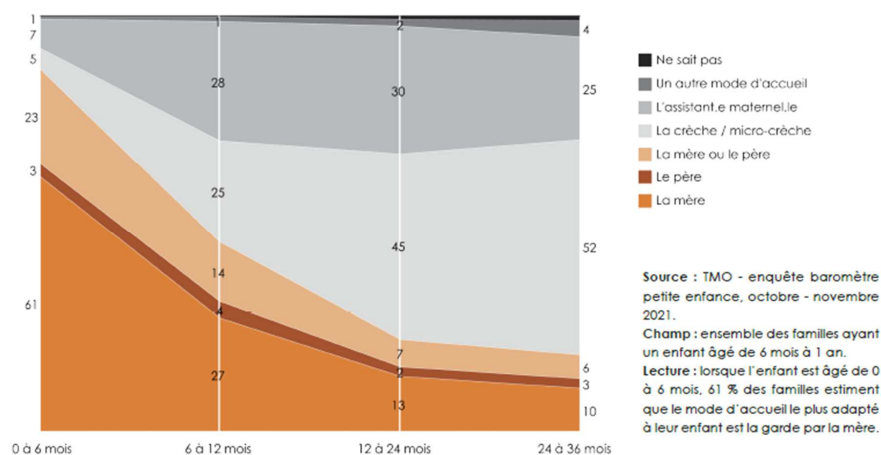
2. Un recours aux congés familiaux déterminé par l'offre d'accueil disponible et la trajectoire professionnelle des parents

Dans leur rapport d'information sur les congés parentaux ⁽¹⁾, les députés Thibault Bazin et Céline Thiébault-Martinez analysent finement le lien entre le recours aux congés familiaux, l'offre d'accueil disponible pour les enfants et la trajectoire professionnelle des parents.

Ils relèvent que plus de la moitié des enfants de moins de 3 ans (56 %) sont gardés à titre principal par un de leurs parents les jours de semaine ; 20 % sont accueillis chez une assistante maternelle et 18 % dans un autre établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) dont les crèches municipales ou départementales (11 %) ⁽²⁾. En outre, une majorité de parents combine plusieurs modes d'accueil formels et informels : la combinaison la plus répandue est la garde à titre principal par une assistante maternelle et à titre secondaire par les parents (19 % des enfants de moins de 3 ans). Le choix varie en fonction de l'âge de l'enfant : plus il est jeune, plus la garde parentale est importante.

Ces constats doivent être mis en relation avec les attentes exprimées par les familles. D'après l'enquête « Baromètre » pilotée par la Caisse nationale des allocations familiales en 2021, lorsque l'enfant est âgé de moins de 6 mois, 61 % des familles estiment que la garde maternelle est le mode d'accueil le plus adapté. Après l'âge de 1 an, la crèche et l'assistante maternelle sont considérées les plus adaptées alors que le cadre familial est moins fréquemment évoqué ⁽³⁾.

MODE D'ACCUEIL PERÇU PAR LES FAMILLES COMME LE PLUS ADAPTÉ SELON L'ÂGE DE L'ENFANT EN 2021



Source : Baromètre de l'accueil du jeune enfant 2021, Cnaf.

(1) Rapport d'information n° 1971 de Thibault Bazin et Céline Thiébault-Martinez sur les congés parentaux, 16 octobre 2025.

(2) Drees, « Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants », 2021.

(3) Cnaf, « Baromètre de l'accueil du jeune enfant 2021. La crise sanitaire n'a guère modifié les représentations, les aspirations et les recours aux modes d'accueil », L'essentiel n° 209, 2022.

Au regard de ces résultats, les députés Thibault Bazin et Céline Thiébaud-Martinez estiment que « la garde parentale à titre principal pourrait être très inférieure à son niveau observé (36 % contre 56 %) au profit d'un accueil en EAJE (35 % contre 18 %) ». Ils relèvent que le choix du mode de garde est fortement corrélé à la situation professionnelle des parents. La garde parentale à titre principal est très fréquente lorsque l'un des parents – le plus souvent la mère – est sans emploi ou travaille à temps partiel. À l'inverse, lorsque les deux parents exercent à temps complet, le recours à un mode d'accueil formel, crèche ou assistante maternelle, est plus fréquent.

D'autres paramètres entrent également en considération : la catégorie socioprofessionnelle de la mère, le rang de l'enfant dans la fratrie ou encore le lieu de résidence.

Enfin, les députés Thibault Bazin et Céline Thiébaud-Martinez font état de « pratiques informelles », pouvant s'apparenter à du « bricolage », très peu analysées et rarement mises en perspective avec les choix des parents en matière de modes de garde et d'accueil. Ils s'appuient notamment sur une enquête de l'Union nationale des associations familiales auprès de parents d'enfants nés entre 2015 et 2021. Celle-ci suggère qu'après la naissance, la suspension de l'activité professionnelle des mères pour s'occuper de l'enfant excède en moyenne la durée légale d'un congé de maternité. Pour prolonger cette période postnatale auprès de l'enfant, les mères interrogées déclaraient recourir au congé parental total indemnisé par la PreParE à taux plein (22 %, moins d'un an dans sept cas sur dix) mais également aux congés payés (32 %), au chômage indemnisé (9 %), et de façon plus marginale, à des congés maladie, des congés spéciaux prévus par leur entreprise, voire des congés sans solde. À travers cette enquête, l'Unaf souligne que l'interruption de l'activité professionnelle pendant une période limitée à la durée du congé maternité légal constituerait plutôt l'exception que la norme.

Selon les députés auteurs du rapport, « ces arrangements informels témoignent plus largement de la faible attractivité du congé parental long et/ou de la PreParE qui y est le plus souvent associée ».

3. Éléments de comparaison internationale

Les comparaisons internationales en matière de congés familiaux doivent être analysées avec précaution. En effet, les normes sociales relatives au rôle parental varient selon les pays, de même que les dispositifs. En outre, le recours aux congés familiaux correspond à la fois à un choix individuel et intime au sein de chaque famille, mais situé dans un environnement donné en lien avec l'offre disponible d'accueil du jeune enfant. L'existence de places en crèches ou chez une assistante maternelle en nombre suffisant est un déterminant des décisions des parents de reprendre tôt, ou tard, une activité professionnelle.

Parmi les principaux constats qui ressortent des études comparatives ⁽¹⁾, on note :

- une durée très variable des congés familiaux selon les pays ;
- une indemnisation proportionnelle au revenu antérieur dans la majorité des cas, généralement égale ou supérieure aux deux tiers du salaire ;
- des équivalents du congé parental d'éducation dont l'indemnisation, à la différence de la France, est proportionnelle au revenu ;
- l'accent mis sur la coresponsabilité parentale dans certains pays, avec des congés similaires pour le père et la mère, ou des congés partagés entre les deux parents ;
- à l'inverse, des congés familiaux qui reflètent une conception différenciée des rôles parentaux dans d'autres pays. La tendance récente, au niveau européen, est à favoriser un meilleur partage du congé entre les deux parents ⁽²⁾.

Au regard de ces éléments, le congé de maternité français est plus court (16 semaines) que la moyenne des pays de l'OCDE (18 semaines). En revanche, son indemnisation est plutôt favorable, avec un taux de remplacement égal à 100 % du salaire dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale. À l'inverse, le congé parental d'éducation présente des conditions d'indemnisation moins favorables, du fait du caractère forfaitaire de la PreParE.

En ce qui concerne le congé de paternité, depuis son allongement en 2021, sa durée en France (4 semaines) est supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE (2,4 semaines), et son niveau d'indemnisation est élevé. Surtout, la France se caractérise par le taux de recours par les pères au congé parental d'éducation le plus faible parmi les pays de l'OCDE. Selon le rapport d'information des députés Thibault Bazin et Céline Thiébault-Martinez, plusieurs facteurs expliquent cette situation : les inégalités salariales en faveur des hommes incitent les mères à recourir plus fortement au congé parental pour limiter la perte de revenus du ménage ; les normes sociales relatives à la répartition des rôles parentaux entre le père et la mère contribuent également au moindre recours chez les pères ; la faible indemnisation par la PreParE est très peu incitative.

(1) Voir notamment OCDE (2023), *Agir ensemble pour l'égalité des genres* (version abrégée) : Quelles priorités ?, Éditions OCDE, Paris et Dobrotić, I., Blum, S., Kaufmann, G., Koslowski, A., Moss, P. and Valentova, M. (eds.) (2025), *21th International Review of Leave Policies and Research 2025*.

(2) Mathilde Guergoat-Larivière, Mathieu Narcy et Florent Sari, « L'impact de la PreParE sur l'activité, les revenus et les modes de garde », *France Stratégie et HCFEA*, 2023.

II. LE DROIT PROPOSÉ : CRÉER UN CONGÉ SUPPLÉMENTAIRE DE NAISSANCE

A. L'AMÉNAGEMENT DU CONGÉ SUPPLÉMENTAIRE DE NAISSANCE EN DROIT DU TRAVAIL

Le *c*) du 1° du **VI** de l'article 42 insère, au sein du chapitre V du titre II du livre II de la première partie du code du travail, une nouvelle section 3 *bis* relative au congé supplémentaire de naissance. Elle est composée de six articles.

1. Les modalités du congé supplémentaire de naissance

• Le nouvel article L. 1225-46-2 du code du travail ouvre le bénéfice du congé supplémentaire de naissance au salarié qui a auparavant bénéficié et épuisé un droit à congé de maternité, de paternité ou d'accueil de l'enfant, ou d'adoption. Il est précisé que la condition d'avoir épuisé ce droit à congé ne s'applique pas au salarié qui ne pouvait bénéficier des indemnités journalières et des allocations prévues à cet effet par le code de la sécurité sociale ou par d'autres dispositions législatives ou réglementaires.

La durée du congé supplémentaire de naissance est, au choix de chaque parent, soit d'un mois, soit de deux mois. À la différence du congé de paternité ou d'accueil de l'enfant, et à l'instar du congé de maternité, il ne peut être fractionné.

Le congé supplémentaire de naissance doit être pris à compter de la naissance de l'enfant dans un délai dont la durée sera déterminée par décret. L'étude d'impact associée à l'article 42 indique une limite de 9 mois. Le nouvel article L. 1225-46-2 du code du travail précise en outre que le décret qui fixe le délai dans lequel le congé supplémentaire de naissance doit être pris tient compte de ce que la durée des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, et d'adoption peut être augmentée :

– en cas de report du congé de maternité prénatal vers le congé de maternité postnatal ;

– en cas de naissances multiples ;

– lorsqu'il s'agit du troisième enfant ;

– en cas d'accouchement prématuré ;

– en cas de congé pathologique ;

– en cas d'hospitalisation de l'enfant ;

– en application d'une convention ou d'un accord collectif de travail.

• Le **II** étend le bénéfice du congé supplémentaire de naissance aux agents publics. Le 4° du **II** l'ajoute à la liste des congés liés à l'arrivée d'un enfant au foyer

dont peuvent bénéficier les fonctionnaires, par référence au nouvel article L. 1225-46-2 du code du travail. Le **I** en ouvre le bénéfice aux militaires (**a**) du 2° du **I**), qui sont considérés maintenus dans une position d'activité (**a**) du 1° du **I**). Le **IV** fait de même en faveur des non-salariés agricoles ; le 10° du **V** ouvre ce même droit aux travailleurs indépendants.

2. La relation du salarié bénéficiaire d'un congé supplémentaire de naissance avec son employeur

Le congé supplémentaire de naissance est associé à une protection du salarié pendant la durée de l'interruption de l'activité professionnelle.

- Le **a**) du 1° du **VI** introduit au sein du code du travail un nouvel article L. 1225-4-5 qui interdit à l'employeur de rompre le contrat de travail d'un salarié pendant un congé supplémentaire de naissance, sauf s'il justifie d'une faute grave de l'intéressé ou de l'impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à la naissance ou à l'arrivée de l'enfant.

Le **b**) du 1° du **VI** ajoute toutefois cette interdiction à liste des dispositions ne faisant pas obstacle à l'échéance d'un contrat de travail à durée déterminée, à l'instar d'une situation de grossesse, d'une fausse couche ou d'une annonce de grossesse – articles L. 1225-4, L. 1225-4-3 et L. 1225-5 respectivement.

- Le salarié qui souhaite bénéficier d'un congé supplémentaire de naissance doit prévenir son employeur dans un délai déterminé par décret, compris entre 15 jours et un mois. Il lui indique la date de début du congé et sa durée. Ce délai de prévenance peut être réduit, prévoit le nouvel article L. 1225-46-2, lorsque le congé supplémentaire de naissance est pris immédiatement après le congé de paternité ou d'adoption.

- Le congé supplémentaire de naissance entraîne la suspension du contrat de travail, aux termes du troisième alinéa du nouvel article L. 1225-46-2. L'exercice de toute activité professionnelle est interdit pendant la durée du congé au nouvel article L. 1225-46-4.

Une exception est néanmoins aménagée au nouvel article L. 1225-46-5 : la reprise de l'activité professionnelle est autorisée en cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du foyer.

- La durée du congé est néanmoins assimilée par le nouvel article L. 1225-46-3 à une période de travail effectif pour la détermination des droits du salarié au titre de l'ancienneté.

À l'issue du congé supplémentaire de naissance, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente, prescrit le nouvel article L. 1225-46-6. Il conserve également le bénéfice de tous les avantages acquis avant le début du congé, comme le prévoit le

nouvel article L. 1225-46-3. Le droit à un entretien professionnel à l'issue du congé est également garanti au nouvel article L. 1225-46-7 et au 2° du VI.

La période d'absence du salarié pour congé supplémentaire de naissance est intégralement prise en compte pour le calcul de la durée du travail effectuée au titre du compte personnel de formation (3° du VI).

3. La prise en compte du congé supplémentaire de naissance dans la constitution du droit à pension

- Le 6° du V ajoute le congé supplémentaire de naissance à la liste des périodes prises en considération pour l'ouverture du droit à pension.

- Le III modifie l'article L. 9 du code de pensions civiles et militaires pour ajouter ce congé à la liste des périodes passées dans une position statutaire ne comportant pas l'accomplissement de services effectifs ouvrant néanmoins droit à pension.

B. L'INDEMNISATION DU CONGÉ SUPPLÉMENTAIRE DE NAISSANCE

1. Les dispositions applicables aux salariés

Le e) du 5° du V insère au sein du chapitre I^{er} du code de la sécurité sociale une section 4 *bis* relative au congé supplémentaire de naissance, composée de deux articles.

- Le nouvel article L. 331-8-1 prévoit le bénéfice d'une indemnité journalière, pendant la durée du congé de naissance, à condition de cesser tout travail salarié et de remplir les conditions requises pour bénéficier des indemnités journalières de l'assurance maternité ⁽¹⁾, c'est-à-dire :

- justifier, au cours d'une période de référence, soit avoir perçu des rémunérations soumises à cotisations au moins égales à un montant fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit avoir effectué un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé ⁽²⁾ ;

- et justifier d'une durée minimale d'affiliation de six mois.

Le montant de l'indemnité journalière versée au titre du congé supplémentaire de naissance, qui peut être dégressif entre le premier et second mois du congé, sera déterminé par décret. Il correspond à une fraction des revenus

(1) Articles L. 313-1 et R. 313-3 du code de la sécurité sociale.

(2) En application de l'article R. 313-1 du code de la sécurité sociale, cela implique d'avoir travaillé au moins 150 heures au cours des 3 mois civils précédant l'arrêt de travail, ou au moins 600 heures au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail, ou avoir cotisé au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt de travail sur la base d'une rémunération au moins égale à 11 824,75 euros, ou avoir cotisé au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail sur la base d'une rémunération au moins égale à 24 116,40 euros.

d'activité antérieurs soumis à cotisations à la date de l'interruption du travail, dans la limite d'un plafond et ramené à une valeur journalière.

L'étude d'impact associée à l'article 42 précise que le montant de cette indemnité sera équivalent à :

- 70 % du salaire net antérieur le premier mois du congé ;
- 60 % du salaire net antérieur le second mois du congé.

À l'instar des indemnités journalières versées au titre du congé de maternité, de paternité ou d'adoption, celle versée au titre du congé supplémentaire de naissance sera plafonnée en référence au plafond annuel de la sécurité sociale (Pass), soit 47 100 euros par an, 3 925 euros par mois ou 101,94 euros par jour au 1^{er} janvier 2025.

Les indemnités journalières versées au titre du congé supplémentaire de naissance sont assujetties aux contributions sociales (1° du V).

● Le nouvel article L. 331-8-2 précise que l'indemnité journalière versée au titre du congé supplémentaire de naissance ne peut être cumulée ni avec les allocations chômage, ni avec les indemnités journalières versées :

- en cas d'arrêt maladie ;
- au titre du congé de maternité, de paternité ou d'adoption ;
- versées en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Ce cumul est également interdit avec :

- l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (2° du V) ;
- l'allocation journalière du proche aidant (3° du V) ;
- les indemnités journalières versées au titre du congé de deuil en cas de décès d'un enfant (*d*) du 5° du V) ;
- les allocations versées aux femmes dispensées de travail (*f*) du 5° du V) ;
- le complément de libre choix du mode de garde lorsqu'il est versé au titre du même enfant (7° du V) ;
- la prestation partagée d'éducation de l'enfant (8° du V) ;
- l'allocation journalière de présence parentale (9° du V).

2. Les dispositions applicables aux fonctionnaires, aux militaires, aux non-salariés agricoles et aux travailleurs indépendants

Les fonctionnaires, les militaires, les non-salariés agricoles et les travailleurs indépendants bénéficient du congé supplémentaire de naissance, en référence aux dispositions du code du travail.

• Le 3° du **II** modifie l'article L. 631-1 du code général de la fonction publique, relatif à l'indemnisation des fonctionnaires pendant les congés de maternité, d'adoption ou de paternité. Lorsqu'il bénéficie du congé supplémentaire de naissance, le traitement du fonctionnaire est réduit. La fraction du traitement maintenue sera déterminée par décret en Conseil d'État. Elle ne peut être inférieure à 50 %. Elle est dégressive entre le premier et le second mois de congé.

Le **b)** du 1° du **I** autorise la réduction de la rémunération des militaires pendant le congé supplémentaire de naissance. Le **a)** du 2° du **I** précise que ce congé donne lieu aux mêmes conditions de rémunération que celles prévues pour les fonctionnaires.

Le **IX** ajoute que les dispositions du code général de la fonction publique relatives au congé supplémentaire de naissance sont applicables aux agents des administrations parisiennes.

• Le 2° du **IV** insère, au sein des dispositions du code rural et de la pêche maritime relatives à la protection sociale des non-salariés agricoles, un nouvel article L. 732-12-1-1. Les non-salariés agricoles qui cessent leur activité à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, ou qui continuent de cesser leur activité après avoir épuisé leurs droits à l'allocation de remplacement prévue au titre de la maternité, de la paternité ou de l'adoption d'un enfant, peuvent bénéficier de prestations supplémentaires de naissance.

Ils peuvent recevoir une allocation supplémentaire de remplacement à condition de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux de l'exploitation ou de l'entreprise agricole et de ne pas reprendre leur activité pendant toute la durée d'indemnisation. Si le remplacement ne peut pas être effectué, ils bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire sous réserve de cesser tout travail pendant la période d'indemnisation. Les durées maximales d'indemnisation sont les mêmes que celles prévues pour les salariés, soit un ou deux mois au choix. Un décret déterminera les modalités d'application de ces dispositions, notamment les montants des indemnisations et la période de leur versement.

• Le 10° du **V** modifie les dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants. Il introduit un nouvel article L. 623-2 relatif au versement d'indemnités journalières supplémentaires de naissance au bénéfice des travailleurs indépendants qui cessent ou continuent de cesser leur activité à l'expiration de leur congé de maternité, de paternité ou d'adoption.

Les durées maximales d’indemnisation sont les mêmes que celles prévues pour les salariés, soit un ou deux mois au choix. Un décret déterminera les modalités d’application de ces dispositions, notamment les montants des indemnisations et la période de leur versement.

C. LE FINANCEMENT DU CONGÉ SUPPLÉMENTAIRE DE NAISSANCE

Le congé supplémentaire de naissance sera financé par la branche famille de la sécurité sociale. Néanmoins, pour des raisons techniques, ce sont les caisses primaires d’assurance maladie (CPAM), déjà en charge du versement des indemnités journalières au titre des congés de maternité, de paternité ou d’adoption pour le compte de la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), qui assureront le versement de l’indemnisation due à ce titre. Le 4° du V prévoit que la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) est chargée du remboursement des indemnités versées par les CPAM aux bénéficiaires du congé.

Le X prévoit l’entrée en vigueur du dispositif pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} juillet 2027. L’étude d’impact associée à l’article 42 ⁽¹⁾ prévoit une montée en puissance progressive du mécanisme à compter de cette date. Le coût pour la branche famille serait de l’ordre de 300 millions d’euros en 2027, 400 millions d’euros en 2028, 500 millions d’euros en 2029 et 600 millions d’euros en 2030. Pour estimer ces montants, l’étude d’impact s’est fondée sur la distribution par décile des indemnités journalières de maternité en 2021, en corrigeant le coût brut des dépenses de complément de libre choix du mode de garde évitées ainsi que des recettes de contribution sociale généralisée (CSG) et de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) perçues au titre du congé supplémentaire de naissance.

Ces estimations reposent néanmoins sur des hypothèses particulièrement sensibles, notamment en termes de taux de recours des parents et plus spécifiquement des pères. Il est aussi supposé que les bénéficiaires actuels de la PreParE, qui n’est pas modifiée par le présent article, continueront à y recourir dans les mêmes proportions et pour la même durée qu’actuellement.

TAUX DE RECOURS ESTIMÉ DES PÈRES ET DES MÈRES
AU CONGÉ SUPPLÉMENTAIRE DE NAISSANCE

Taux de remplacement du salaire net	Année d’entrée en vigueur		Année N+3	
	Pères	Mères	Pères	Mères
70 % le 1 ^{er} mois	10 %	35 %	20 %	55 %
60 % le 2 nd mois	3 %	30 %	10 %	40 %

Source : *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, Annexe 9, Fiches d’évaluation préalable des articles du projet de loi.*

(1) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, Annexe 9, Fiches d’évaluation préalable des articles du projet de loi.*

D. COORDINATIONS

Le **b)** du **2°** et le **3°** du **I**, le **1°** et le **2°** du **II**, le **1°** du **IV**, le **a)**, le **b)** et le **c)** du **5°** et le **a)** du **10°** du **V** procèdent à diverses coordinations au sein des codes modifiés par l'article 42 afin de tirer les conséquences de la création d'un congé supplémentaire de naissance.

Le **VII** et le **VIII** modifient les ordonnances relatives à la protection sociale à Mayotte afin d'ouvrir le bénéfice du congé supplémentaire de naissance aux résidents mahorais ⁽¹⁾.

La rapporteure thématique se réjouit de la réforme de l'écosystème des congés familiaux proposée. La création d'un congé supplémentaire de naissance constitue une mesure très attendue par les familles, en lien avec le souhait des parents d'être présents auprès de leur enfant au cours de ses premiers mois de vie. L'indemnisation de ce congé en proportion du revenu antérieur de chaque parent est indéniablement le point fort du dispositif proposé, afin de soutenir le pouvoir d'achat des couples accueillant un enfant. La rapporteure regrette néanmoins le caractère dégressif de l'indemnité envisagée entre le premier et le second mois du congé. En effet, compte tenu de la durée courte du congé supplémentaire de naissance, il n'apparaît pas nécessaire de mettre en place une telle dégressivité, au risque d'inciter les parents à ne recourir qu'à un mois de congé au lieu des deux mois autorisés.

Le dispositif proposé présente également l'avantage de laisser le libre choix aux parents de recourir ou non au congé supplémentaire de naissance, de même que de décider de la durée retenue. La rapporteure thématique se réjouit qu'aucune conditionnalité n'ait été introduite, comme ce fut le cas lors de la réforme du congé parental d'éducation et de la prestation partagée d'éducation du jeune enfant. S'il aurait pu être envisagé de contraindre chacun des parents à prendre au moins un mois de congé pour que l'autre puisse y recourir, l'échec de la réforme de la PreParE a montré que ce type de dispositif avait surtout pour effet de priver d'un droit à congé l'un des parents, et le plus généralement les mères, lorsque l'autre parent ne souhaite pas ou ne peut pas exercer ce droit – le plus souvent les pères. Toutefois, la rapporteure thématique estime que la rédaction proposée devrait aller plus loin dans l'objectif de favoriser l'égalité entre les femmes et les hommes, et entre les mères et les pères. En effet, le fait de permettre aux parents de recourir au congé supplémentaire de naissance simultanément ou successivement pourrait encourager les pères à y recourir en même temps que la mère, avec le risque de moins s'impliquer auprès de l'enfant. En revanche, lorsqu'ils sont seuls avec l'enfant, les pères sont plus incités à prendre leur part dans les soins apportés aux enfants, et dans les tâches ménagères au sein du foyer.

*

* *

(1) Ordonnances n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, et n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans le Département de Mayotte.

Article 43

Rationaliser et simplifier le cumul emploi-retraite

Cet article organise une profonde refonte du dispositif de cumul emploi-retraite. Afin de le simplifier, de le recentrer sur son public initial (c'est-à-dire les retraités modestes) et de faire des économies, l'article propose une nouvelle architecture entre interdiction du cumul, autorisation dans la limite d'un plafond et libéralisation.

Avant l'âge d'ouverture des droits, aucun cumul ne serait permis et l'ensemble des revenus tirés par un retraité de la reprise d'une activité serait écrêté au premier euro. Entre l'âge d'ouverture des droits et l'âge d'annulation de la décote (67 ans), le cumul serait autorisé dans la limite d'un plafond, fixé par décret et prenant en compte les revenus professionnels et de remplacement. La part des revenus excédant ce plafond ferait l'objet d'un écrêtement à hauteur de 50 % afin de lisser les effets de seuil.

Le cumul emploi-retraite libéralisé et créateur de droits serait donc réservé aux seuls assurés justifiant de l'âge d'obtention automatique du taux plein. Le montant de la seconde pension résultant de ce cumul ne serait plus plafonné à 5 % du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) et prendrait en compte les périodes d'activité exercées chez le dernier employeur y compris avant expiration du délai de carence actuel de six mois.

Les spécificités applicables à certaines activités ou certains publics tels que les militaires, les marins, les mineurs et les danseurs du ballet de l'Opéra de Paris seraient maintenues.

Les économies attendues pour les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale seraient de l'ordre de 0,4 milliard d'euros dès 2027, année d'entrée en vigueur de ce dispositif, et monteraient en charge jusqu'à 1,9 milliard d'euros en 2030.

I. LE DROIT EXISTANT : LE CUMUL EMPLOI-RETRAITE EST UN DISPOSITIF COMPLEXE DÉVOYÉ DE SON OBJECTIF ORIGINEL

1. Les réformes successives du cumul emploi-retraite ont conduit à libéraliser son usage

• Le cumul emploi-retraite se définit comme la possibilité pour un retraité de reprendre une activité rémunérée tout en ayant liquidé sa pension. À l'origine de la création de la sécurité sociale en 1945, le cumul emploi-retraite ne faisait l'objet d'aucune réglementation spécifique ⁽¹⁾. C'est à l'occasion de la mise en place de la retraite à 60 ans par l'ordonnance du 26 mars 1982 ⁽²⁾ que les possibilités de cumuler une pension et un revenu d'activité ont été limitées, initialement pour une période provisoire, avant ses prorogations successives puis sa pérennisation par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 ⁽³⁾. Puisqu'il constitue désormais une dérogation au principe posé par l'ordonnance du 30 mars 1982 ⁽⁴⁾ selon lequel le bénéfice d'une pension de retraite suppose la rupture de tout lien professionnel avec

(1) Sabrina Vanlierde, « Le cumul emploi-retraite », *Retraite et société*, n° 46, 2005/3.

(2) Ordonnance n° 82-270 du 26 mars 1982 relative à l'abaissement de l'âge de la retraite des assurés du régime général et du régime des assurances sociales agricoles.

(3) Article 28 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

(4) Ordonnance n° 82-290 du 30 mars 1982 relative à la limitation des possibilités de cumuls entre pensions de retraite et revenus d'activités.

l'employeur ou, pour les non-salariés, la cessation de toute activité, il fait l'objet d'un encadrement par la loi ⁽¹⁾.

Ce dispositif, a été maintes fois réformé depuis le début des années 2000 dans le but d'en simplifier le recours et de favoriser l'emploi des seniors. La réforme des retraites de 2003, a créé la possibilité de cumuler partiellement une pension avec la rémunération tirée d'une activité lorsque celle-ci relève du même régime et sous réserve que le revenu ainsi obtenu (activité et pension comprise) n'excède pas le dernier salaire perçu avant liquidation (cumul plafonné) ⁽²⁾.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a quant à elle ouvert la possibilité à tout retraité, quel que soit son régime, de cumuler intégralement ses pensions de retraite avec des revenus d'activité, s'il liquide sa retraite au taux plein et qu'il fait valoir la totalité de ses droits à la retraite (cumul intégral) ⁽³⁾.

• Jusqu'en 2015, la réglementation applicable en matière de cumul emploi-retraite ne concernait que le cas d'un « cumul intra-régime » où l'activité exercée par le retraité dépendait d'un régime ou d'un groupe de régimes desquels il percevait déjà une pension ⁽⁴⁾.

Le « cumul inter-régimes », hypothèse dans laquelle le retraité reprenait une activité relevant d'un régime au titre duquel il ne percevait aucune pension, ne faisait l'objet d'aucun encadrement. Cette situation était d'une grande complexité, source d'inégalités et paraissait peu adaptée à l'accroissement du nombre de polypensionnés.

En effet, si un assuré reprenait une activité dans un autre régime que celui ou ceux dans lesquels il avait liquidé ses droits au moment de son départ à la retraite (cumul inter-régimes), il pouvait alors valider de nouveaux droits dans ledit régime. En revanche, une telle hypothèse était exclue lorsqu'il reprenait une activité dans le même régime (cumul intra-régime), en vertu du principe d'intangibilité des pensions qui interdit de réviser leurs montants pour tenir compte de périodes postérieures à la liquidation ⁽⁵⁾.

La loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a donc simplifié la réglementation applicable en supprimant la notion de « groupes de régimes ». Depuis lors, la liquidation d'une pension dans

(1) Article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.

(2) Article 15 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

(3) Article 88 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

(4) Comme le rappelait l'Inspection générale des affaires sociales dans son rapport sur l'évaluation du cumul emploi retraite de juin 2012, sept groupes de régimes étaient identifiés : 1° Régime général, salariés agricoles, certains régimes spéciaux (IEG, SNCF, RATP, Mines, Banque de France, Clercs et employés de notaires, Opéra national de Paris, Comédie-Française, Personnel de la Caisse autonome de sécurité sociale dans les mines, Port autonome de Strasbourg) ; 2° Régime social des indépendants ; 3° Professions libérales ; 4° Avocats ; 5° Exploitants agricoles ; 6° Les trois fonctions publiques ; 7° Les autres régimes spéciaux non compris dans le 1°.

(5) Article R. 351-10 du code de la sécurité sociale.

n'importe quel régime suppose de mettre fin à l'ensemble de ses activités. La loi a également étendu aux situations de « cumul inter-régimes » la règle selon laquelle les cotisations versées au titre des nouveaux revenus d'activité n'étaient pas créatrices de droits ⁽¹⁾.

• Cette situation dans laquelle la reprise d'une activité et le versement des cotisations afférentes n'entraînait la constitution d'aucuns droits nouveaux a été régulièrement critiquée dans des rapports parlementaires ⁽²⁾ ou des évaluations d'experts ⁽³⁾. Dans l'objectif de rendre les dispositifs de transition entre l'emploi et la retraite plus incitatifs, la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a donc substantiellement modifié le régime applicable au cumul emploi-retraite intégral pour le rendre créateurs de droits (*cf. infra*).

2. Le cumul emploi-retraite peut être partiel et plafonné ou intégral et créateur de droits

• Dans les principaux régimes de retraites, on distingue donc aujourd'hui deux types de cumul emploi-retraite : le cumul intégral et le cumul plafonné.

Tandis que le premier dispositif ne s'applique qu'aux assurés bénéficiant d'une retraite au taux plein, le second s'adresse à ceux qui ont liquidé une retraite avec décote, c'est-à-dire sans justifier de la durée d'assurance minimale requise pour leur génération (laquelle augmente progressivement pour atteindre 43 annuités pour la génération 1965) ou sans avoir attendu l'âge d'annulation de la décote (67 ans).

a. Le cumul emploi-retraite partiel non créateur de droits s'adresse aux retraités qui ne justifient pas du taux plein

• La quasi-totalité des régimes de retraite prévoient la possibilité pour les assurés n'ayant pas liquidé leur retraite au taux plein de cumuler leur pension et un revenu dans une certaine limite qui varie selon le régime d'affiliation ⁽⁴⁾. En cas de dépassement du plafond, la pension de l'assuré est réduite à due concurrence ⁽⁵⁾.

Pour les salariés du régime général, les salariés agricoles et ceux des principaux régimes spéciaux relevant de l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, le cumul est possible entre les retraites de base et complémentaires et les revenus d'une activité reprise dès lors que l'addition de ces revenus et des pensions

(1) Article L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale alors en vigueur.

(2) Assemblée nationale, rapport d'information (n° 4443) déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'emploi des travailleurs expérimentés et présenté par M. Didier Martin et M. Stéphane Viry, 16 septembre 2021.

(3) Conseil d'analyse économique (Pierre Cahuc, Jean-Olivier Hairault et Corinne Prost), « L'emploi des seniors : un choix à éclairer et à personnaliser », note n° 32, mai 2016 (page 10) : « Pour restaurer la neutralité au niveau individuel, il serait souhaitable de rétablir la possibilité de continuer à accumuler des droits en cas de cumul emploi-retraite. »

(4) À l'exception du régime des non-salariés agricoles et de celui des avocats.

(5) La loi du 20 janvier 2014 a créé ce mécanisme d'écèlement qui n'est entré en vigueur qu'en 2017. Auparavant, le dépassement du plafond entraînait la suspension du versement de la pension.

servies n'excède pas la moyenne mensuelle des trois derniers salaires perçus avant la retraite ou une limite fixée à 160 % du Smic si celle-ci est plus avantageuse, soit 2 882,88 euros bruts mensuels – ou 34 594,56 euros annuels – en 2025 ⁽¹⁾.

Pour les travailleurs indépendants ⁽²⁾, la limite de cumul de la pension avec des revenus tirés d'une activité artisanale, industrielle ou commerciale est fixée à la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) – soit 23 550 euros en 2025 – et fait l'objet d'une proratisation lorsque la durée de l'activité reprise est inférieure à un an ⁽³⁾. Lorsque l'activité est exercée dans une zone de revitalisation rurale (ZRR) ou dans un quartier prioritaire de la politique de la ville, la limite est majorée au niveau du Pass (47 100 euros en 2025).

Dans la fonction publique de l'État et le régime des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux, le plafond correspond au tiers de la pension annuelle brut du fonctionnaire ⁽⁴⁾. En cas de dépassement, l'excédent est déduit après application d'un abattement égal à la moitié du montant de la retraite minimale des fonctionnaires, le minimum garanti (Miga) ⁽⁵⁾, soit 8 124,92 euros en 2025.

Le bénéfice du cumul de la retraite avec des revenus tirés d'une activité reprise chez le dernier employeur ou, pour les non-salariés, pour le compte de la dernière entreprise est en outre conditionné au respect d'un délai de carence de six mois suivant la date d'effet de la pension.

Au régime complémentaire des salariés – Agirc-Arrco – le cumul plafonné s'applique dans des conditions proches mais distinctes du régime général ⁽⁶⁾. La somme du nouveau revenu et des pensions de base et complémentaire ne doit pas dépasser le plus élevé de l'un des trois montants suivants :

- 160 % du Smic ;
- le dernier salaire normal d'activité revalorisé ;
- le salaire moyen des dix dernières années.

La différence majeure réside toutefois dans le fait que le dépassement n'entraîne pas l'écêtement de la pension de retraite complémentaire mais la suspension totale de son versement.

● Certaines dérogations aux principes de cessation d'activité et de cumul partiel existent, soit qu'elles concernent certains types d'activité reprise, soit qu'elles s'adressent à certains publics spécifiques.

(1) Article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 634-6 du code de la sécurité sociale.

(3) Article D. 634-11-2 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 85 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

(5) a de l'article L. 17 du même code.

(6) Article 89 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif au régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire.

Au titre de la première catégorie de dérogations, les revenus tirés de certaines activités peuvent être intégralement cumulés avec une pension de retraite versée par le régime général ou les régimes des professions libérales ⁽¹⁾ : c'est le cas notamment des activités de mannequinat, des activités à caractère artistique, littéraire ou scientifique exercées à titre accessoire, de la participation à des activités juridictionnelles ou assimilées ou des activités d'hébergement en milieu rural réalisées avec des biens patrimoniaux ⁽²⁾.

Le périmètre des revenus entièrement cumulables avec une pension civile de retraite n'est pas exactement le même que celui applicable aux salariés, aux indépendants et aux professions libérales ce qui crée de la complexité pour les personnes polypensionnées puisque la reprise d'une activité peut avoir une incidence sur la pension versée dans l'un de ses régimes et pas dans les autres.

Au titre de la seconde catégorie, certains publics spécifiques ne sont pas soumis au plafonnement du cumul emploi-retraite, c'est notamment le cas :

- des militaires, qui peuvent ainsi cumuler intégralement leur pension de retraite avec les revenus qu'ils tirent d'une activité relevant du secteur privé ⁽³⁾ et, sous certaines conditions, avec les revenus qu'ils tirent d'une activité relevant du secteur public ⁽⁴⁾ ;

- des fonctionnaires dont la pension est allouée pour invalidité ⁽⁵⁾ ;

- des marins qui, passé 55 ans, reprennent une activité relevant du secteur privé ou une activité maritime embarquée ou, sous conditions, une activité maritime à terre ou une activité relevant du secteur public ⁽⁶⁾ ;

- des retraités de la police nationale qui reprennent une activité privée de sécurité mentionnée à l'article L. 611-1 du code de la sécurité intérieure ⁽⁷⁾ ;

- des médecins ou infirmiers qui exercent des activités de vacation dans des établissements de santé ou dans des établissements ou services sociaux et médico-sociaux à leur demande ne sont pas soumis au plafonnement lorsque celles-ci n'excèdent pas 910 heures par an et que la rémunération qu'ils en tirent est

(1) À l'exception des avocats, dont le régime ne reconnaît aucune possibilité de cumul avant l'atteinte de l'âge d'ouverture des droits et la justification d'avoir validé tous les trimestres requis pour un départ au taux plein.

(2) Listées à l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.

(3) En application de l'article L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite, la condition de cessation d'activité prévue à l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ne s'applique pas.

(4) Article L. 86 du code des pensions civiles et militaires de retraite. Il s'agit plus spécifiquement des militaires non officiers justifiant de moins de vingt-cinq ans de service et de ceux atteignant la limite d'âge du grade qu'ils détenaient en activité ou la limite de durée de service qui leur était applicable en activité.

(5) Article L. 86 précité.

(6) Article L. 5552-38 du code des transports.

(7) Article L. 86 précité. Il s'agit des activités de surveillance, de convoyeur de fonds ou de protection des personnes.

inférieure ou égal au plafond de la sécurité sociale, ce qui correspond à 47 100 euros en 2025 ⁽¹⁾.

En application du principe posé à l'article L. 161-22-1 du code de la sécurité sociale pour le régime général et décliné dans d'autres régimes, l'activité exercée par un assuré en cumul emploi-retraite plafonné n'ouvre droit à aucun avantage de droit direct ou dérivé auprès d'un régime de base ou complémentaire.

b. Le cumul emploi-retraite intégral créateur de droits est réservé aux assurés bénéficiant d'une retraite à taux plein

● Le cumul total d'une pension de retraite et de revenus tirés d'une reprise d'activité est possible sans limite à partir ⁽²⁾ :

– de l'âge légal du départ à la retraite, sous réserve de justifier de la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une retraite au taux plein ;

– ou de l'âge d'annulation de la décote, c'est-à-dire 67 ans, quelle que soit la durée d'assurance.

À la différence du cumul emploi-retraite plafonné, le bénéfice du cumul emploi-retraite intégral est subordonné à la condition d'avoir liquidé l'ensemble des retraites personnelles de base et complémentaires en France ou à l'étranger. C'est ce que l'on appelle le principe de subsidiarité : le revenu tiré de la reprise d'activité ne peut qu'être subsidiaire par rapport aux pensions de retraite.

● La grande nouveauté issue de la réforme des retraites de 2023 réside dans le fait que, par dérogation au principe posé à l'article L. 161-22-1 du code de la sécurité sociale, le cumul emploi-retraite intégral permet d'acquérir de nouveaux droits à la retraite en contrepartie des cotisations versées depuis le 1^{er} septembre 2023.

En pratique, ces nouveaux droits sont liquidés sous la forme d'une seconde pension de vieillesse de base selon les modalités suivantes ⁽³⁾ :

– la seconde pension est automatiquement liquidée au taux plein (50 %) ou, pour les fonctionnaires, au pourcentage maximum (75 %) ;

(1) 7° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale et R. 161-19 du même code.

(2) Quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale pour les salariés du régime général, les salariés agricoles et les assurés des régimes spéciaux, troisième à sixième alinéas de l'article L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite pour les fonctionnaires, troisième à sixième alinéas de l'article L. 634-6 du code de la sécurité sociale pour les indépendants, troisième à sixième alinéas de l'article L. 643-6 du même code pour les professionnels libéraux, article L. 653-7 dudit code pour les avocats et article L. 732-39 du code rural et de la pêche maritime pour les non-salariés agricoles.

(3) Article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale qui s'appliquent non seulement aux assurés du régime général et des régimes alignés mais également aux professionnels libéraux, dont les avocats, et les fonctionnaires.

– son montant est plafonné, par décret, à 5 % du Pass, soit 1 255 euros bruts par an en 2025 (196,25 euros par mois) ⁽¹⁾ ;

– seules les périodes d’assurance ayant donné lieu à cotisations sont prises en compte ;

– le salaire mensuel moyen (pour les salariés) ou le revenu annuel moyen (pour les travailleurs indépendants) sont calculés en tenant compte du point de départ de la retraite issue du cumul. Ils sont retenus entre la date à laquelle l’assuré remplit les conditions d’ouverture de droit et le point de départ de la seconde liquidation ;

– aucune majoration, supplément ni aucun accessoire ne peut être octroyé au titre de cette nouvelle pension ni au titre de la pension de droit dérivé qui en est issue.

À la différence du cumul emploi-retraite plafonné, le délai de carence de six mois en cas de reprise d’une activité salariée auprès du dernier employeur ne s’applique pas au cumul emploi-retraite intégral dès lors qu’un nouveau contrat de travail est établi. En revanche, ce délai s’applique s’agissant de la condition d’ouverture des nouveaux droits. Autrement dit, si l’assuré peut reprendre une activité auprès de son dernier employeur et percevoir une rémunération sans voir sa pension écartée, il ne constitue aucun droit si la reprise d’activité est intervenue moins de six mois après son départ en retraite.

La règle de droit commun est que cette seconde liquidation est une ultime liquidation : aucun droit ne peut être ouvert en cas de cumul postérieur à cette liquidation. Les marins, les danseurs du ballet de l’Opéra national de Paris ⁽²⁾ et les anciens agents relevant du régime de retraite des mines ⁽³⁾ bénéficient toutefois du maintien de leurs règles dérogatoires leur conservant, sous conditions, la possibilité de se créer des droits supplémentaires après la seconde liquidation ⁽⁴⁾.

3. Le profil des assurés en cumul emploi-retraite ne correspond pas à l’image de retraités modestes cherchant à compléter de faibles pensions

• Les différentes réformes du cumul emploi-retraite ont globalement contribué à augmenter le nombre de bénéficiaires ⁽⁵⁾. Selon la Drees, 4,2 % des retraités âgés de 55 ans ou plus cumulaient un emploi et une retraite en 2023, soit

(1) Article D. 161-22-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article 33 du décret n° 68-382 du 5 avril 1968 portant statut de la caisse de retraites des personnels de l’Opéra national de Paris.

(3) Article 143 du décret n°46-2769 du 27 novembre 1946 portant organisation de la sécurité sociale dans les mines.

(4) Article L. 161-22-1 du code de la sécurité sociale.

(5) Les derniers chiffres consolidés disponibles datent de 2023. Ils ne permettent donc pas d’observer l’effet de la réforme de 2023.

606 000 personnes ⁽¹⁾. Cela représente une hausse de 33 % depuis 2014, année de la dernière grande réforme du dispositif avant celle de 2023. Au régime général, le nombre de retraités en cumul emploi-retraite a augmenté de 75 % depuis 2009 et l'instauration du cumul intégral ⁽²⁾. Dans le même laps de temps, le nombre de retraités de moins de 75 ans du régime général n'augmentait que de 23 %.

Le profil des personnes cumulant une pension de retraite et des revenus d'activité correspond assez peu aux situations auxquelles l'on pense généralement de retraités modestes qui complètent leur faible pension en reprenant une activité. Plus de neuf retraités en cumul emploi-retraite sur dix bénéficient du cumul intégral. Seuls sont en cumul plafonné les retraités ayant liquidé leur pension pour carrière longue qui reprennent une activité avant 62 ans (4,3 % du total des personnes en cumul emploi-retraite) et les personnes parties avec une décote (4,7 % des personnes en cumul emploi-retraite) ayant entre 62 et 67 ans.

Sur la base des données de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) ⁽³⁾, la Cour des comptes identifie quatre catégories principales à peu près équitablement réparties au sein du régime général ⁽⁴⁾ :

- le premier groupe (27 %) est constitué de cadres et composé à plus de 70 % d'hommes. Ils ont bénéficié de carrières mieux rémunérées avec des salaires le plus souvent supérieurs au Pass. Ils touchent un salaire élevé en cumul emploi-retraite ;

- le deuxième groupe (27 %) concerne des personnes qui, malgré des carrières complètes, ont eu des salaires modestes inférieurs à la moyenne. Il est constitué à 70 % de femmes. Leurs salaires en cumul emploi-retraite sont moins élevés que la moyenne ;

- le troisième groupe (24 %) regroupe des personnes qui ont commencé à travailler tôt avec des niveaux de rémunérations intermédiaires, bénéficiaires pour la plupart d'une retraite anticipée pour carrière longue. Composé à 79 % d'hommes, ils ont des salaires en cumul emploi-retraite supérieurs à la moyenne ;

- le dernier groupe (22 %) est composé à près de 90 % de femmes qui ont obtenu une pension à taux plein à 67 ans, après une carrière incomplète et des salaires faible. Les personnes concernées ont à la fois un montant faible de retraite et un faible salaire en cumul emploi-retraite.

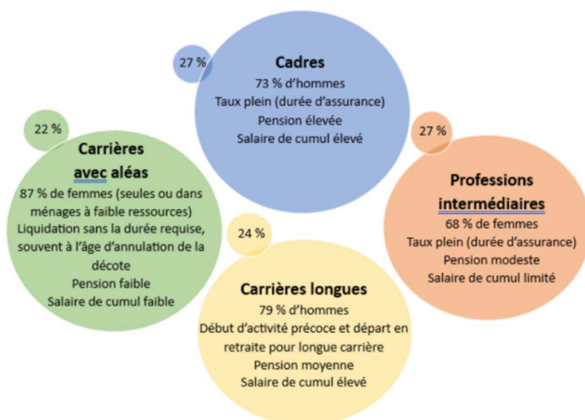
(1) Drees, « Les retraités et les retraites », édition 2025, fiche 22. Ces données incluent également les personnes en retraite progressive mais ils sont globalement peu nombreux par rapport à ceux en cumul emploi-retraite : 26 820 personnes en 2023 au régime général.

(2) Cour des comptes, « Le cumul emploi-retraite : un coût élevé, une cohérence à établir », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, juin 2025.

(3) Bac C., Chaker Z., El Khoury C., Julliot M., « Prolongation d'activité en 2020 : quels profils pour quel dispositif ? », Note 2023-035-DSPR, Cnav, novembre 2023.

(4) Cour des comptes, op. cit.

LES QUATRE PROFILS TYPES DE RETRAITÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL EXERÇANT UNE ACTIVITÉ SALARIÉE EN 2020



Source : Cour des comptes.

Le supplément de revenus permis par le cumul était en moyenne de 9 255 euros bruts par an, ce qui correspondait à peu près, en 2020, à un mi-temps au Smic ou un quart de temps au niveau du salaire moyen. Net de cotisations sociales, il représentait environ 40 % de la pension moyenne de ces retraités, ce qui portait leur revenu total net à environ 2 300 euros par mois, un montant à peine moins élevé que le salaire moyen net des actifs (2 518 euros en 2020). En moyenne, les retraités du régime général en cumul emploi-retraite percevaient donc une pension supérieure de 20 % à celle de l'ensemble des retraités.

4. Un mécanisme complexe, peu lisible et contradictoire avec l'objectif des dernières réformes d'un report de l'âge de départ en retraite

Dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes a fortement critiqué les modalités actuelles du cumul emploi-retraite, jugeant la réglementation « confuse », « singulière en comparaison internationale » et « contradictoire » avec l'objectif poursuivi par le Gouvernement d'un report de l'âge de départ en retraite ⁽¹⁾.

a. Une réglementation confuse qui manque d'harmonisation entre les régimes et qui est assortie de contrôles inadaptés

- La réglementation du cumul emploi-retraite, en particulier le cumul plafonné, est confuse et manque aujourd'hui encore d'harmonisation entre les régimes. En effet, lorsque la somme des retraites et des revenus d'activité dépasse le plafond, chacune des pensions est réduite à due concurrence du dépassement ⁽²⁾. Les assurés polyensionnés peuvent donc faire l'objet d'un double écrêtement.

(1) Cour des comptes, « Le cumul emploi-retraite : un coût élevé, une cohérence à établir », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, juin 2025.

(2) Troisième alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.

Une circulaire de la Cnav détaille ce cas de figure ⁽¹⁾. Un retraité qui perçoit une retraite du régime général (900 euros par mois), une retraite du régime de la SNCF (200 euros par mois) et une retraite complémentaire (600 euros par mois) reprend une activité relevant du régime général pour laquelle il perçoit 1 500 euros par mois.

Le montant total de ses revenus est de 3 200 euros par mois. La moyenne mensuelle de ses trois derniers salaires est de 2 150 euros et la limite de 1,6 fois le Smic au 1^{er} janvier 2025 est de 2 882,88 euros bruts mensuels. C'est donc cette dernière limite qui est retenue. Le dépassement correspond donc à 317,12 euros.

En application de la législation actuelle, ses pensions de base du régime général et du régime de la SNCF sont chacune réduite à hauteur du dépassement, soit 317,12 euros. L'assuré ne percevra donc plus que 582,88 euros du régime général et le versement de sa retraite de cheminot sera suspendue puisque le dépassement excède le montant de la pension servie.

- Le contrôle du respect des conditions du cumul emploi-retraite manque en outre d'efficacité. L'assuré qui reprend une activité est tenu de la déclarer par écrit à sa caisse de retraite et doit produire plusieurs justificatifs, cette déclaration étant l'unique moyen permettant à cette dernière de vérifier le respect de la réglementation sur le cumul.

Comme le rappelle la Cour des comptes, la plupart des régimes n'assurent qu'un contrôle très limité des déclarations ⁽²⁾. Ainsi le système d'information de la Cnav n'a-t-il pas été conçu pour exploiter les déclarations papier de reprise d'activité transmises par les assurés. Cela empêche de contrôler la proportion de non-déclarants en comparant le nombre de déclarations reçues avec celui des retraités recensés par le croisement des bases de données. Au demeurant, aucune sanction spécifique d'une non-déclaration de reprise d'activité n'est prévue dans la loi.

b. Une réglementation singulière en comparaison internationale et contradictoire avec l'objectif d'une augmentation de l'âge effectif de départ à la retraite

- L'articulation entre cumul intégral et plafonné tel qu'il existe en France est assez originale. Elle est en effet l'un des rares pays membre de l'Organisation de coopération et développement économiques (OCDE) qui permet le cumul intégral des revenus et d'une pension de retraite avant l'âge d'acquisition automatique du taux plein qui varie en général, selon les pays, de 65 à 67 ans. Dans la plupart des autres pays, le cumul emploi-retraite fait l'objet d'un abattement voire d'une

(1) Circulaire Cnav n° 2017-41 du 12 décembre 2017.

(2) Certaines caisses de retraite de professions libérales font toutefois office d'exception : par exemple la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) utilise les données de l'assurance maladie tandis que la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (Cipav) utilise des informations du centre de formalités des entreprises.

suspension lorsque la retraite est liquidée avant cet âge. Le cumul emploi-retraite créateur de droits est quant à lui relativement peu répandu en Europe mis à part dans quelques pays tels que l'Allemagne, l'Italie ou la Suède.

Par ailleurs, les modalités de calcul du plafond sont complexes car elles font intervenir à la fois le montant des pensions et celui des revenus d'activité plutôt que les seuls revenus comme dans d'autres pays. En outre, le niveau de fixation du plafond est jugé élevé par la Cour des comptes au regard de ce qui est pratiqué dans les autres pays comparables.

- Enfin, la Cour des comptes juge que le dispositif actuel de cumul emploi-retraite est contradictoire avec l'objectif que les Gouvernements successifs se sont assignés d'inciter les assurés à reporter leur départ à la retraite.

Elle considère qu'il entre en concurrence avec le dispositif de surcote d'une part, et la retraite progressive de l'autre. Or, le cumul emploi-retraite grève davantage la situation financière des régimes de retraite que la surcote. En effet, selon des données de la Drees citées par la Cour, un non-cadre du secteur privé qui prolonge son activité pendant quatre ans au-delà de l'âge d'ouverture des droits a intérêt à liquider sa pension puis à exercer en cumul emploi-retraite plutôt que de surseoir à partir à la retraite pour bénéficier d'une surcote. Le cumul emploi-retraite est dans ce cas plus favorable puisque la différence entre les pensions perçues et les cotisations versées est d'environ 50 000 euros en cas de cumul qu'en cas de surcote.

Fonctionnement des mécanismes de décote et de surcote

Les mécanismes de décote et de surcote ont été mis en place afin d'inciter les assurés ayant dépassé l'âge légal de départ à la retraite à poursuivre leur activité avant de liquider leurs droits à pension.

L'assuré ayant atteint l'âge légal mais qui ne justifie pas de la durée d'assurance requise au moment de son départ à la retraite se voit appliquer un taux minoré par rapport au taux plein. L'ampleur de la minoration dépend du nombre de trimestres manquants, lequel correspond au plus petit des deux nombres suivants :

- le nombre de trimestres manquants par rapport à la durée d'assurance minimale ;
- ou le nombre de trimestres manquants par rapport à l'âge d'application automatique du taux plein.

Le coefficient de minoration applicable à chaque trimestre manquant est progressivement passé de 2,5 % à 1,25 % pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1953.

À l'inverse, une personne qui continue de travailler après avoir atteint l'âge légal bénéficie d'une majoration de pension pour chaque trimestre cotisé au-delà de la durée d'assurance minimale. Le coefficient de majoration de chaque trimestre retenu dans le calcul de la surcote dépend de la date à laquelle a été obtenu ledit trimestre.

Pour les trimestres acquis depuis le 1^{er} janvier 2009, le coefficient de majoration est fixé à 1,25 % par trimestre. À la différence de la décote, ce coefficient ne s'impute cependant pas sur le taux de la retraite mais est déterminé sur la base du montant calculé de la retraite au taux plein. La surcote est ajoutée au montant brut annuel de la pension de vieillesse et est donc soumise à prélèvements obligatoires.

II. LE DROIT PROPOSÉ : UNE RATIONALISATION DU CUMUL EMPLOI-RETRAITE

A. LE CUMUL EMPLOI-RETRAITE SERAIT RECENTRÉ SUR LES PUBLICS LES PLUS MODESTES À TRAVERS UNE RÉORGANISATION DE SA CHRONOLOGIE

● Suivant en cela les recommandations de la Cour des comptes, le présent article prévoit de rationaliser et de simplifier le cumul emploi-retraite en distinguant les règles applicables selon l'âge de l'assuré uniquement et non plus selon les conditions de liquidation de la retraite. L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale fait l'objet d'une réécriture globale (2° du **III**) qui distingue trois cas successifs.

1. L'impossibilité de cumuler emploi et retraite avant l'âge légal de départ

● Avant l'âge d'ouverture des droits : aucun cumul emploi-retraite ne serait permis. Le **A** du **I** de l'article L. 161-22 (**alinéas 32 à 35**) reprend le principe cardinal selon lequel la liquidation des pensions suppose la rupture du lien professionnel avec l'employeur.

Pour plus de clarté, le périmètre de l'article L. 161-22 serait dorénavant étendu aux non-salariés agricoles, aux fonctionnaires civils et militaires et aux marins par renvoi aux dispositions du code rural et de la pêche maritime, du code des pensions civiles et militaires de retraite et du code des transports qui prévoient les conditions de leur cessation d'activité ou de leur radiation des cadres.

- Le nouveau **II de l'article L. 161-22** prévoit la suspension de la pension de retraite personnelle dans deux cas de figure :

- celui où l'assuré reprend une activité non-salariée agricole dans les conditions prévues aux articles L. 732-39 et L. 732-40 du code rural et de la pêche maritime (**1° – cf. *infra***) ;

- celui où l'assuré ayant atteint l'âge d'ouverture des droits reprend une activité sans avoir liquidé l'ensemble des retraites auxquelles il peut prétendre (**2°**). Ce second cas de figure acte l'extension du principe de subsidiarité, aujourd'hui réservé au cumul intégral, à l'ensemble des cas de cumul emploi-retraite.

- Le nouveau **III** de l'article L. 161-22 fixe le premier seuil d'âge permettant de déterminer ou non la possibilité de cumuler emploi et retraites.

En application du **1° du A**, le cumul serait strictement interdit lorsque l'âge de l'assuré est inférieur à l'âge d'ouverture des droits (qui augmente progressivement jusqu'à 64 ans). Le montant de la pension serait ainsi écrêté dès le premier euro à hauteur de 100 % des revenus tirés d'une nouvelle activité. Comme le précise l'annexe 9, l'objectif est de supprimer les incitations au cumul emploi-retraite et supprimer toute concurrence avec le dispositif de retraite progressive qui a été ouvert dès 60 ans par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023.

Cette hypothèse traite également le cas des bénéficiaires d'une retraite anticipée pour carrière longue qui ne pourraient donc plus bénéficier d'un cumul emploi-retraite avant l'âge d'ouverture des droits applicable à leur génération malgré le fait qu'ils justifient par définition de la durée d'assurance requise pour le bénéfice du taux plein.

2. Un cumul plafonné ouvert dès l'âge légal de départ et jusqu'à l'âge d'obtention du taux plein (67 ans)

- Les assurés pourraient bénéficier du cumul emploi-retraite à compter de l'âge d'ouverture des droits (**1° du A du nouvel article L. 161-22**). Celui-ci resterait plafonné jusqu'à l'âge d'annulation de la décote (soit 67 ans), dans la limite d'un montant fixé par décret ⁽¹⁾. Les modalités d'écrêtement seraient profondément modifiées.

(1) L'annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale évoque l'hypothèse d'un plafond à 7 000 euros par an, ce qui correspondait à l'hypothèse basse de la fourchette envisagée par la Cour des comptes (7 000 à 10 000 euros).

Premièrement, elles seraient rendues communes à tous les régimes de base et les régimes complémentaires. Le calcul du plafond serait simplifié puisqu'il n'intégrerait plus le montant des pensions mais uniquement les « revenus professionnels et de remplacement ». Le dernier alinéa du A du III (**alinéa 51**) précise que les revenus de remplacement pris en compte sont les suivants :

1° Les indemnités journalières de la sécurité sociale ⁽¹⁾ et les indemnités complémentaires versées par l'employeur ⁽²⁾ en cas d'arrêt de travail pour maladie ;

2° Les allocations d'assurance chômage ⁽³⁾.

• Deuxièmement, en cas de dépassement du plafond, l'écèlement ne se ferait plus à due concurrence mais à hauteur de 50 % dudit dépassement. Cela permet de lisser l'effet de seuil qui peut parfois être brutal dans le cadre actuel du cumul plafonné.

En outre le **cinquième alinéa du A du III (alinéa 50)** neutralise les cas de double écèlement en prévoyant que la réduction du montant de chaque pension servie ne pourra excéder le montant des revenus excédant le plafond. Chaque pension fera l'objet d'une réduction selon des règles de répartition fixées par décret. La loi prévoirait que la réduction est appliquée par priorité aux pensions servies par les régimes de base.

Enfin, la nouvelle rédaction retenue supprime le délai de carence de six mois en cas de reprise d'une activité chez le dernier employeur.

3. Le cumul intégral serait réservé aux assurés ayant dépassé 67 ans

• Le cumul emploi-retraite serait entièrement libéralisé au-delà de l'âge de d'annulation de la décote (3° du A du III de l'article L. 161-22 – **alinéa 49**). Il resterait créateur de droits mais dans des conditions plus favorables aux assurés sur deux points spécifiques :

– la condition selon laquelle l'activité reprise chez le dernier employeur moins de six mois après la liquidation de la retraite ne peut permettre la création de nouveaux droits serait supprimée (**3° du III**), ce qui serait de nature à simplifier le recours au cumul ;

– le montant de la seconde pension ne serait plus plafonné à hauteur de 5 % du Pass, permettant ainsi de se créer davantage de droits à la retraite (**4° du III**).

• Les **V** et **VII** opèrent les coordinations nécessaires pour l'application des nouvelles dispositions à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte.

(1) Article L. 321-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 1226-1 du code du travail.

(3) Régies par le titre II du livre IV de la cinquième partie du même code.

• L'article aménage également plusieurs dispositifs d'information en matière de droits constitués au titre de la seconde liquidation (**a** du 1° du **III**).

B. LE MAINTIEN DE CERTAINES SPÉCIFICITÉS ET DÉROGATIONS

Comme cela a été évoqué *supra*, les règles générales relatives au cumul emploi-retraite seraient rapatriées au sein du code de la sécurité sociale, y compris pour les fonctionnaires, les indépendants et professionnels libéraux, les non-salariés agricoles et les marins. Cela implique un ensemble de coordination prévues aux 1°, 2°, 4° et 5° du **I** pour les fonctionnaires, aux 1°, 2° et 4° du **II** s'agissant des non-salariés agricoles, aux 7° à 9° du **III** pour les indépendants et professionnels libéraux et au 1° du **IV** concernant les marins. Plusieurs de leurs spécificités subsistent toutefois.

1. Les spécificités applicables en fonction du type d'activité exercée

• Le nouveau **B** du **I** de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale (**alinéas 36 à 40**) énumère la liste des activités dont la cessation n'est pas obligatoire pour liquider sa pension. Celles-ci sont regroupées en quatre grandes catégories dont le détail serait fixé par décret en Conseil d'État, ce qui ajoute de la souplesse dans la définition du périmètre desdites activités ⁽¹⁾.

Toutefois, l'absence d'équivalence entre la rédaction actuelle de l'article L. 161-22 et celle qui résulterait de l'adoption du présent article empêche la rapporteure de savoir avec précision les activités qui resteraient dans le champ de la dérogation et celles qui pourraient en être exclues ou au contraire y être intégrées.

L'annexe 9 se borne à préciser que la liste des activités pouvant être poursuivie sans lien avec l'employeur « *pourra être maintenue voire enrichie pour répondre aux besoins de secteurs en tension sans nécessité de recourir à la loi, comme pour les assistants familiaux* » ⁽²⁾.

De même, le nouveau **B** du **III** de l'article L. 161-22 (**alinéa 52**) renvoie à un décret le soin de fixer le type de revenus qui, tirés « d'une activité d'intérêt général ou concourant à un service public ne sont pas pris en compte pour » le calcul de l'écrêtement en cas de cumul emploi.

2. Les spécificités applicables à certains assurés

• Si l'article L. 86 du code des pensions civiles et militaires de retraite est profondément réécrit (3° du **I**), il conserve les dispositions dérogatoires applicables aux militaires et aux marins.

(1) Ces activités sont aujourd'hui fixées par la loi. Ce sont les 1° à 9° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.

(2) Annexe 9 du présent projet de loi de financement, p. 396.

Les militaires et les marins ⁽¹⁾ continueraient de se voir appliquer leur cumul plafonné lorsqu'ils reprennent un emploi auprès de l'un des employeurs publics mentionnés à l'article L. 86-1 du code des pensions civiles et militaires de retraite ⁽²⁾. Le plafond resterait fixé à son seuil actuel mais intégrerait toutefois dorénavant les revenus de remplacement qui, s'ils ne sont pas définis précisément à l'article, semble devoir renvoyer à ceux prévus à l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale dans sa nouvelle rédaction. Les bénéficiaires de ce cumul plafonné seront tenus de faire connaître chaque année au service de retraite le montant de leurs revenus.

De même, le cumul intégral bénéficiant aux militaires non officiers ayant moins de vingt-cinq années de service et aux militaires ayant atteint la limite d'âge de service serait maintenu.

• Les dispositions subsistant dans le code rural et de la pêche maritime maintiennent également les règles spécifiques applicables à certains non-salariés agricoles (3° du II). Il s'agit plus précisément :

– des agriculteurs dont l'affiliation au régime des non-salariés découle non pas du fait qu'ils exercent leur activité sur la surface minimale d'assujettissement (SMA) mais du fait qu'ils exercent au moins 1 200 heures par an ⁽³⁾ (par exemple les entrepreneurs de travaux agricoles). Cela permet aux agriculteurs de continuer d'exploiter ou de mettre en valeur une petite parcelle qui ne dépasse pas les deux cinquièmes de la surface minimale d'assujettissement (« parcelle de subsistance ») ;

– de ceux qui sont affiliés au titre des coefficients d'équivalence retenus pour les productions hors sol (par renvoi au 1° du I de l'article L. 722-5 précité) ;

– des conjoints collaborateurs ⁽⁴⁾ et des aides familiaux ⁽⁵⁾.

(1) Par renvoi à l'article L. 86 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

(2) À l'exception des établissements publics à caractère industriel ou commercial. Dans ce cas, le cumul est intégral.

(3) 2° du I de l'article L. 722-5 du code rural et de la pêche maritime.

(4) Article L. 321-5 du code rural et de la pêche maritime.

(5) 2° de l'article L. 722-10 du code rural et de la pêche maritime.

Les règles d'affiliation au régime des non-salariés agricoles

Les règles d'assujettissement au régime de protection sociale des non-salariés des professions agricoles sont fixées aux articles L. 722-1 et suivants du code rural et de la pêche maritime. À la différence des salariés et des travailleurs indépendants, l'affiliation au régime des non-salariés agricoles dépend de l'activité exercée par l'assuré, laquelle doit être de nature « agricole ». Entrent par exemple dans cette catégorie les activités de culture et élevage, les travaux agricoles, les travaux forestiers, la conchyliculture ou la pisciculture ⁽¹⁾.

L'affiliation dépend également de « l'importance » de l'activité agricole qui est appréciée au regard de l'activité minimale d'assujettissement (AMA) ⁽²⁾. En application de l'article L. 722-5 du code rural et de la pêche maritime, le critère lié à l'activité minimale d'assujettissement est satisfait lorsqu'est remplie l'une des conditions suivantes :

1° La superficie mise en valeur par l'exploitant est au moins égale à la surface minimale d'assujettissement, laquelle varie selon plusieurs critères tels que les régions naturelles, les territoires infra-départementaux et les types de production ⁽³⁾ ;

2° Lorsque l'activité ne peut être appréciée selon la superficie, le temps de travail nécessaire à la conduite de l'activité est au moins égal à 1 200 heures par an ;

3° Lorsque les revenus professionnels constitutifs de l'assiette de cotisations sont au moins égaux à l'assiette forfaitaire applicable aux exploitants nouvellement installés.

Ce critère de « l'importance » de l'activité agricole est important en matière de cumul emploi-retraite.

● Les deux derniers alinéas du nouveau II de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale (**alinéas 44 et 45**) conservent les dérogations actuellement applicables au principe de subsidiarité :

– le cas spécifique où l'un des régimes d'affiliation n'ouvre de droits à la retraite qu'à un âge supérieur à l'âge légal de droit commun : dans ce cas l'assuré peut liquider ses pensions sans attendre l'âge de départ en retraite sans décote de ce régime. Dès lors que cet âge est atteint, l'assuré doit toutefois liquider obligatoirement sa dernière pension faute de quoi ses pensions de retraite seraient suspendues. Cette situation concerne notamment certains régimes de retraite complémentaires ou étrangers ;

– le cas particulier des assurés qui bénéficient de règles dérogatoires. Il s'agit de ceux listés aux 1° à 3° de l'actuel article L. 161-22-1-2 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les marins, les danseurs de l'Opéra de Paris et les anciens agents des mines, auquel le présent article intègre dorénavant les militaires d'une part ^(4°) et les fonctionnaires bénéficiant d'une pension pour invalidité d'autre part ^(5°) ⁽⁴⁾. Ces modifications sont formelles et se font à droit constant.

(1) Article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime.

(2) Article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime.

(3) Article L. 722-5-1 du code rural et de la pêche maritime.

(4) Dont la situation était auparavant prévue à l'article L. 86 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

3. Les dérogations exceptionnelles en situation de crise

• La crise sanitaire a montré l'exigence de flexibilité en ce qui concerne les conditions qui encadrent cumul emploi-retraite « plafonné » ⁽¹⁾. Comme l'a rappelé la Cnav ⁽²⁾, dans le contexte de l'épidémie, des consignes temporaires dérogatoires avaient été mises en place dans le but de favoriser le retour à l'emploi du personnel soignant retraité, afin d'augmenter rapidement les effectifs. Dans cet objectif, après une initiative de la Cnav en mars 2020 ⁽³⁾, les lois du 17 juin 2020 ⁽⁴⁾ et du 22 janvier 2022 ⁽⁵⁾ avaient prévu que les personnels soignants retraités ayant poursuivi ou repris une activité salariée relevant du régime général dans un établissement de santé puissent bénéficier du cumul emploi-retraite total, sans aucune condition et sans délai ⁽⁶⁾, dans des périodes bien définies entre mars 2020 et septembre 2022 ⁽⁷⁾.

• La LFRSS 2023 a donc créé l'article L. 161-22-1-4 du code de la sécurité sociale pour donner une base législative à ces dispositifs d'exception. Cet article prévoit la possibilité pour le pouvoir réglementaire de suspendre par décret, dans un délai maximal de dix-huit mois l'application des plafonds encadrant le cumul emploi-retraite lorsque des circonstances exceptionnelles nécessitent, en urgence, la poursuite ou la reprise d'activités par des assurés susceptibles de les exercer.

La rationalisation du cumul emploi-retraite plafonnée prévue par le présent article conserve cette possibilité particulièrement utile en temps de crise.

C. UNE MESURE D'ÉCONOMIE POUR LES RÉGIMES DE BASE ET LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES

• Le nouveau cadre applicable au cumul emploi-retraite s'appliquerait aux assurés dont la première pension prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2027. Cela laisse donc un an aux caisses et organismes gestionnaires des pensions de retraite

(1) Les montants maxima de revenus applicables aux personnes en situation de cumul emploi-retraite « plafonné » sont prévus aux articles L. 85 du code des pensions civiles et militaires de retraite, L. 161-22 du code de la sécurité sociale (deuxième alinéa), L. 634-6 du code de la sécurité sociale (premier alinéa) et L. 643-6 du code de la sécurité sociale. Les conditions liées au délai de reprise d'activité sont prévues aux articles L. 161-22 (deuxième alinéa) et L. 161-22-1 (troisième alinéa) du code de la sécurité sociale.

(2) https://www.legislation.cnnav.fr/Pages/expose.aspx?Nom=crise_covid19_crise_covid19_ex#:~:text=La%20DIRECTION%20de%20la%20s%C3%A9curit%C3%A9,le%20mois%20de%20mai%202022

(3) La Cnav avait décidé en mars 2020, à titre dérogatoire et de manière temporaire, de permettre un cumul emploi-retraite total, sans condition, et de supprimer le délai de carence de six mois dans le cas d'une activité chez son ancien employeur. Le Gouvernement a ensuite donné instruction à l'ensemble des caisses concernées d'appliquer ces dérogations. Cf. Sénat, rapport pour avis n° 331 (2021-2022) de Mme Chantal Deseyne, fait au nom de la commission des affaires sociales, sur le projet de loi renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

(4) Article 14 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne.

(5) Article 6 de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

(6) Il est également possible de se référer aux lettres ministérielles du 23 mars 2020, du 15 septembre 2021 et du 29 juillet 2022.

(7) Du 23 mars 2020 au 31 juillet 2020 ; du 1^{er} octobre 2020 au 30 septembre 2022.

pour se préparer à cette réforme, mettre à jour leurs systèmes d'information et former leurs personnels.

La simplification des démarches déclaratives visant à supprimer dans la plupart des cas l'obligation de déclaration de reprise d'activité et des revenus professionnels des assurés en cumul emploi-retraite est toutefois susceptible d'alléger la charge pour les caisses. Ces informations seraient récupérées automatiquement *via* les échanges d'informations que permet le dispositif de ressources mensuelles (DRM) ⁽¹⁾.

Outre l'allègement de la procédure pour les caisses et les assurés, cela serait également susceptible de renforcer considérablement le contrôle en matière de fraude qui est aujourd'hui lacunaire sur ce dispositif.

Le dispositif de ressources mensuelles (DRM), la déclaration sociale nominative (DSN) et le dispositif Pasrau

Le DRM est un dispositif de traitement de données à caractère personnel créé par le décret n° 2019-969 du 18 septembre 2019 et autorisé par l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019, qui agrège les données recueillies par le biais des flux de la déclaration sociale nominative (DSN) et du « prélèvement à la source revenus autres » (Pasrau). La base de données de la DSN est régie par l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale et est alimentée par les déclarations mensuelles de salaires effectuées par les employeurs de salariés du secteur privé et, depuis 2019, du secteur public.

Avant la LFSS 2019, les informations recueillies par la DSN ne comportaient pas celles relatives aux revenus de remplacement et aux prestations sociales, lesquelles étaient transmises, à des fins de prélèvement de l'impôt, *via* Pasrau. L'article 78 de la LFSS 2019 a créé une DSN complémentaire, remplie mensuellement par les organismes de protection sociale et adossée techniquement au flux Pasrau.

L'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a en outre étendu l'obligation de déclaration aux revenus de remplacement versés par les employeurs à leurs salariés ou à leurs anciens salariés.

Le II *bis* de l'article L. 133-5-3 précité dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit que les données du DRM servent « à l'ouverture et au calcul des droits des assurés en matière de prestations sociales ». Les opérateurs y ayant accès peuvent ainsi récupérer les informations sur les revenus des personnes à travers leur numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques.

● La mesure générerait des économies importantes dès l'année de son entrée en vigueur, lesquelles résulteraient de deux effets complémentaires :

– une baisse des pensions versées sous l'hypothèse d'une incitation plus forte des assurés à reporter leur départ à la retraite ;

– une augmentation corrélative des cotisations perçues par le système de retraite.

(1) II *bis* de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale.

En tenant compte d'un seuil d'écrêtement de 7 000 euros, les économies seraient de l'ordre de 0,4 milliard d'euros en 2027 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Sur le long terme, le nombre d'assurés bénéficiant d'un cumul emploi-retraite partiel augmenterait avec pour conséquence de réduire les masses de seconde pension à verser aux assurés, ce qui consoliderait favorablement le solde du système de retraite. L'annexe 9 prévoit ainsi des économies d'environ 1,9 milliard d'euros en 2030 sur le champ des régimes de base et des régimes complémentaires.

C'est d'ailleurs là l'une des justifications de la présence de cet article dans le présent projet de loi de financement puisque la délégation paritaire permanente réunie dans le cadre du « conclave » avait retenu cette option comme modalité de financement des mesures qu'elle a proposées, notamment en matière de retraite des femmes (voir *infra* le commentaire de l'article 45 du présent projet de loi).

EFFETS FINANCIERS DE L'ARTICLE 43

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en milliards d'euros)				
	Économie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2026	2027	2028	2029	2030
RG+AA		+ 0,4	+ 0,9	+ 1,4	+ 1,9
Maladie		+ 0,02	+ 0,04	+ 0,05	+ 0,07
AT-MP		< + 0,01	< + 0,01	< + 0,01	< + 0,01
Famille		< + 0,01	< + 0,01	+ 0,01	+ 0,02
Vieillesse		+ 0,22	+ 0,53	+ 0,79	+ 1,1
Autonomie		< - 0,01	< - 0,01	< - 0,01	- 0,01
État		< + 0,01	< + 0,01	< + 0,01	< + 0,01
Régimes complémentaires et Unedic		+ 0,15	+ 0,35	+ 0,54	+ 0,76

Source : annexe 9 du projet de loi de financement.

Cette estimation tient compte des masses de retraites de base et de complémentaire économisées, ainsi que des masses de cotisations vieillesse supplémentaires perçues liées au report des liquidations. Toutefois, elle n'inclut pas les effets dits « retours » en dépenses – sur le versement des indemnités journalières, des allocations chômage etc. – ni des effets sur l'impôt sur le revenu.

- La rapporteure regrette toutefois l'absence d'étude d'impact sur la situation socio-économique des assurés, d'autant plus que cette réforme se présente comme une façon de revenir au principe originel du cumul emploi-retraite, c'est-à-dire permettre aux retraités modestes de reprendre une activité pour compléter leurs pensions.

Certes les paramètres retenus semblent cohérents avec l'objectif poursuivi :

- les modalités de plafonnement concerneront principalement les assurés des déciles de revenus les plus importants et ceux qui reprennent un emploi à temps plein plutôt que ceux relevant des déciles les plus faibles et qui ne peuvent reprendre qu'une activité à temps partiel ;

– la majorité des assurés en cumul emploi-retraite sont des hommes, lesquels perçoivent en moyenne des revenus plus élevés dans cette situation que les femmes.

L'annexe ne précise toutefois pas pourquoi le seuil de 7 000 euros serait retenu. Le rapport de la Cour des comptes indiquait que cela représentait un montant comparable aux autres pays étrangers ce qui n'apparaît pas comme une justification suffisante pour fonder un choix en matière de règles de fonctionnement de notre système de protection sociale.

Il eût pu sembler plus cohérent de prévoir la fixation de ce seuil non pas en fonction d'un montant forfaitaire fixe – dont aucune règle légale ne prévoirait l'indexation sur quelque valeur économique que ce soit – mais sur un critère objectif tel que le revenu tiré d'une activité menée à mi-temps et rémunérée au niveau du Smic. Pour l'année 2025, cela aurait conduit à fixer le plafond à environ 10 810 euros bruts par an, ce qui est plus élevé que le plafond envisagé par le Gouvernement ⁽¹⁾.

*

* *

(1) Comme le précise la circulaire 2017-41 du 12 décembre 2017 de la Cnav, les revenus pris en compte dans le calcul du plafonnement sont les revenus bruts, soumis à la CSG.

Article 44

Stabiliser le montant des prestations sociales, dont les pensions

Cet article, l'un des cinq à être modifiés par la lettre rectificative, prévoit un gel de l'ensemble des prestations sociales pour 2026 ainsi qu'un mécanisme de freinage de l'évolution des pensions de retraite par rapport à l'inflation.

Pour 2026, les montants des prestations sociales relevant du champ de la sécurité sociale mais également de l'État et des collectivités territoriales seraient stabilisés.

De 2027 à 2030, le coefficient de revalorisation annuelle des pensions de retraite serait systématiquement diminué : de 0,9 point en 2027 puis de 0,4 point les années suivantes dans un objectif de maîtrise des dépenses publiques et, s'agissant de 2027, pour compenser le coût induit par la suspension de la réforme des retraites (1,4 milliards d'euros).

Les économies attendues sont de l'ordre de 3,5 milliards d'euros en 2026 et, sur la base d'hypothèses conventionnelles, progresseraient jusqu'à 6,1 milliards d'euros en 2029.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LES PRESTATIONS SOCIALES FONT L'OBJET D'UNE REVALORISATION ANNUELLE AFIN DE TENIR COMPTE DU TAUX D'INFLATION CONSTATÉ

- Depuis le 1^{er} janvier 2016, l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale prévoit un principe général de revalorisation annuelle des prestations sociales. Avant cette date, les montants des prestations étaient révisés à des dates différentes et selon des règles variables pour chacun des dispositifs.

Les modalités de revalorisation des droits et prestations ont été unifiées par l'article 67 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016 s'agissant des prestations financées par l'État et les collectivités territoriales et par l'article 89 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 s'agissant des prestations financées par les organismes de sécurité sociale.

- Les dates de mise en œuvre de ces revalorisations ont été harmonisées pour plus de simplicité.

— Les pensions de retraite, et certaines prestations sociales assimilées, comme l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et l'allocation de veuvage, sont revalorisées le 1^{er} janvier de chaque année en application de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Les évolutions récentes des dates de versement des pensions de retraite

Les pensions de retraite de base du régime général et des régimes alignés et les anciennes formes de minimum vieillesse ont longtemps été revalorisées à la même échéance, le 1^{er} avril de chaque année. Afin de générer des économies pour la branche vieillesse, la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a créé un décalage en reportant la date de revalorisation des pensions de retraite au 1^{er} octobre. Ces économies ont été estimées à 3,3 milliards d'euros entre 2014 et 2017 selon le rapport de la commission des affaires sociales sur la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Dans un objectif de clarification, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a harmonisé les dates de revalorisation des pensions de retraite et de l'Aspa au 1^{er} janvier de chaque année. En anticipant ainsi sa date de revalorisation, cette réforme a permis d'accélérer la mise en œuvre de l'augmentation de l'Aspa, bénéficiant ainsi principalement aux retraités modestes.

– La plupart des autres prestations sociales – minima sociaux, prestations familiales, prestations AT-MP des régimes de sécurité sociale, plafonds de ressources pour la complémentaire santé solidaire, etc. – sont revalorisées le 1^{er} avril de chaque année.

- Le législateur a également simplifié le mode de calcul de la revalorisation du montant des droits et prestations, lequel se fonde désormais sur un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Ce mode de calcul fondé sur l'inflation constatée *ex post* présente l'avantage de ne pas nécessiter de mécanisme correctif, à la différence d'un mode de calcul fondé sur des taux prévisionnels d'inflation. Le second alinéa de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale permet en outre d'exclure toute baisse des prestations lorsque l'inflation est négative assurant par un « effet cliquet » que le niveau des prestations concernées ne baisse pas.

Ainsi, en cas d'inflation négative, le coefficient de revalorisation est automatiquement porté à un. Dans cette hypothèse, les allocataires des prestations bénéficient d'une amélioration de pouvoir d'achat, le montant desdites prestations augmentant en termes réels – c'est-à-dire corrigé de l'inflation.

Concrètement, l'avant-dernier mois par rapport à janvier 2026 est le mois de novembre 2025. À cette date, l'Insee publiera l'indice des prix à la consommation hors tabac (IPCHT) d'octobre 2025. Les IPCHT des douze mois précédant la date de publication sont donc ceux correspondant aux mois de novembre 2024 à octobre 2025.

Pour calculer le coefficient de revalorisation, l'on applique le taux de variation entre les deux valeurs suivantes :

- a) la valeur moyenne de tous les IPCHT de novembre 2024 à octobre 2025 ;
- b) la valeur moyenne de tous les IPCHT de novembre 2023 à octobre 2024.

Si le taux est supérieur à 0 %, alors le coefficient de multiplication est supérieur à 1 et on l'applique au montant qu'on veut revaloriser. Si le taux est inférieur à 0 % (inflation négative), alors le mécanisme de protection s'active et le coefficient est automatiquement porté à 1. Il n'y a donc aucune revalorisation mais aucune baisse.

Pour les prestations sociales revalorisées en avril, le mécanisme est identique mais s'applique sur la période de février $n - 1$ ($n - 2$) à janvier n ($n - 1$).

• En application de ce mécanisme, les pensions de retraite et les prestations assimilées ont été revalorisées de 2,2 % le 1^{er} janvier 2025, tandis que les autres prestations sociales et les prestations familiales ont été revalorisées de 1,7 % le 1^{er} avril 2025.

B. LE MÉCANISME DE DROIT COMMUN N'EXCLUT PAS LA POSSIBILITÉ D'Y DÉROGER PAR DES MESURES CONJONCTURELLES

• Aucun principe de valeur constitutionnelle ou conventionnelle ne contraint le législateur à prévoir la revalorisation automatique des prestations sociales. Le mécanisme de droit commun prévu à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale n'exclut donc pas la possibilité pour le législateur d'y déroger, notamment en fonction du contexte macroéconomique, ni de prévoir des revalorisations différenciées ou un mécanisme pluriannuel de maîtrise budgétaire.

La situation s'est produite à plusieurs reprises par le passé. Les lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2019 et 2020 ont ainsi maîtrisé la revalorisation des montants et plafonds des prestations sociales à hauteur de 0,3 %, soit un niveau inférieur à l'évolution de l'indice des prix à la consommation constatée en 2018 (+ 1,6 %) et en 2019 (+ 1 %) :

– la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a exclu du champ d'application de la revalorisation maîtrisée, pour l'année 2020, les pensions de retraite et d'invalidité des assurés dont le montant total était inférieur ou égal à 2 000 euros bruts par mois – soit 77 % des pensionnés, représentant 14 millions de personnes selon l'étude d'impact ;

– la loi du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat a quant à elle prévu une revalorisation anticipée de 4 % au 1^{er} juillet 2022, laquelle s'est imputée sur la revalorisation de droit commun intervenue le 1^{er} janvier 2023 ⁽¹⁾.

(1) Article 9 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

II. LE DROIT PROPOSÉ : UNE « ANNÉE BLANCHE » EN 2026 ET UNE SOUS-INDEXATION DES PENSIONS JUSQU'EN 2030

A. L'ANNÉE BLANCHE : UNE STABILISATION DU MONTANT DES PRESTATIONS SOCIALES POUR L'ANNÉE 2026

● Dans le cadre de ce qu'il a été publiquement désigné comme une « année blanche », le présent article prévoit de geler les montants de l'ensemble des prestations sociales relevant du champ de la loi de financement de la sécurité sociale mais également de celles financées par l'État (par exemple la prime d'activité) et les collectivités territoriales (par exemple le revenu de solidarité active).

L'annexe 9 justifie ce choix d'une mesure qui excède le périmètre strict que le constituant et le législateur organique ont conféré aux lois de financement de la sécurité sociale par plusieurs raisons :

– l'objectif d'intelligibilité de la loi justifierait l'élaboration d'un article unique de freinage des revalorisations des prestations ;

– ce dispositif s'inscrivant dans un objectif global de soutenabilité des dépenses publiques, son caractère « transversal » constitue un « tout indivisible » au sens de la jurisprudence du Conseil constitutionnel ;

– son intégration dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 se justifierait par le poids qu'y occupent les pensions de retraites en masses financières totales (près de 75 % des économies attendues pour 2026).

● La stabilisation du montant des prestations sociales pour l'année 2026 se matérialise par :

– le **V** qui dispose que, à titre exceptionnel, l'ensemble des prestations, indemnisations, rémunérations et plafonds de ressources dont les conditions de revalorisations sont définies par renvoi à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale ne sont pas revalorisées à titre exceptionnel. Cela concerne la grande majorité des prestations sociales.

Les prestations gelées par application du V du présent article

- 1° Les pensions d'invalidité et le capital décès ;
- 2° Les prestations familiales : notamment la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), les allocations familiales, le complément familial, l'allocation de soutien familial (ASF), l'allocation de rentrée scolaire (ARS), l'allocation forfaitaire en cas de décès d'un enfant (AFDE) ;
- 3° Les prestations d'autonomie : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ;
- 4° Les prestations de solidarité, dont les minima sociaux : notamment l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), le revenu de solidarité active (RSA), la prime d'activité, l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), le revenu de solidarité outre-mer (RSO) et l'aide à la vie familiale et sociale (AVFS) ;
- 5° L'aide universelle d'urgence pour les victimes de violences conjugales ;
- 6° Les rentes et indemnités en capital servies aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ainsi que le montant du salaire minimal servant au calcul de ces rentes ; la prestation complémentaire pour recours à tierce personne ;
- 7° L'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (Acaata) ;
- 8° L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (Ajap) ;
- 9° La rémunération des stagiaires de la formation professionnelle ;
- 10° La rémunération des personnes bénéficiant des actions de repérage, de remobilisation ou d'accompagnement socio-professionnel ;
- 11° L'allocation forfaitaire versée aux jeunes en contrat d'engagement jeune ;
- 12° L'allocation versée aux jeunes volontaires de l'établissement pour l'insertion dans l'emploi.

Le V exclut toutefois expressément trois catégories de prestations ou plafonds de son champ d'application :

i) les pensions de retraites servies par les régimes obligatoires de base, qui font bien l'objet d'un gel pour l'année 2026 mais qui sont traitées par le IV (voir *infra*) ;

ii) les plafonds de ressources permettant de déterminer l'éligibilité à la complémentaire santé solidaire (C2S), avec ou sans participation financière, qui seront revalorisés dans les conditions de droit commun ⁽¹⁾ ;

iii) le montant des rentes servies par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) après engagement de la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé, qui seront bien indexées sur l'inflation *modulo* un changement de date de revalorisation (*cf. infra*) ⁽²⁾. Les rentes servies par l'Oniam

(1) Article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 1142-14 du code de la santé publique.

hors engagement de la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé sont quant à elles bien incluses dans le gel des prestations ⁽¹⁾ ;

– le **1°** du **IV** qui prévoit de « revaloriser » les pensions de retraite servies par les régimes obligatoires de base et leurs majorations, accessoires et suppléments d'un coefficient égal à un, ce qui est une manière de dire, en français, qu'elles ne seraient pas revalorisées ;

– le **VI** qui prévoit l'absence de revalorisation de l'allocation journalière du proche-aidant (AJPA) ⁽²⁾ et de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) ⁽³⁾, lesquelles ne sont pas revalorisées par rapport à l'inflation mais par rapport à l'évolution du salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic) ;

– le **VII** qui gèle la revalorisation des plafonds de ressources (et non pas seulement du montant des allocations en tant que tel) des prestations familiales incluses dans le périmètre du **IV** ;

– le **VIII** qui maintient à leur niveau de 2025 les plafonds de ressources permettant l'application du barème du complément de libre choix du mode de garde (CMG) dit « structure ».

Le **IX** prévoit les adaptations nécessaires pour appliquer le gel des revalorisations à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon (**A**) avec une disposition spécifique pour le taux de l'allocation de solidarité spécifique applicable à Mayotte dont la revalorisation est fixée par décret en vue de réduire la différence de taux avec celui appliqué en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon (**B**) ⁽⁴⁾, et une disposition applicable aux plafonds de ressources des prestations familiales des assurés mahorais – le complément familial et sa majoration, l'allocation de rentrée scolaire et l'allocation forfaitaire en cas de décès d'un enfant (**C**).

B. UNE TRAJECTOIRE PLURIANNUELLE DE SOUS-INDEXATION DES PENSIONS DE 2027 À 2030 INCLUS DONT LA SOLIDITÉ JURIDIQUE N'EST PAS ÉVIDENTE

• Les pensions de retraite servies par les régimes de base font quant à elles l'objet d'un dispositif pluriannuel de maîtrise des dépenses. Dans la version initiale du projet de loi, de 2027 à 2030 inclus, par dérogation aux règles de revalorisation de droit commun, les pensions devaient faire l'objet d'une sous-indexation de 0,4 point par rapport à l'inflation constatée en application de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale.

(1) Article L. 1142-17 du code de la santé publique.

(2) Article L. 168-9 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 544-6 du code de la sécurité sociale.

(4) En application de l'article L. 5524-4 du code du travail.

En précisant que le coefficient de revalorisation ne peut être inférieur à un, la proposition du Gouvernement garantit, comme c'est le cas dans le mécanisme de droit commun, que son application ne puisse aboutir à réduire le montant des pensions de retraite.

Seraient concernées les pensions mais également leurs majorations – notamment les minima de pensions –, leurs accessoires et leurs suppléments.

● Si la pluriannualité de la mesure proposée présente l'intérêt de la lisibilité et permet aux personnes concernées par la mesure d'anticiper ses conséquences, sa constitutionnalité ne va pas de soi. En effet, s'il est possible de plaider, comme le fait le Gouvernement dans l'annexe 9, que ce dispositif est un « tout indivisible », l'on rappellera que le Conseil constitutionnel a déjà censuré des mesures de revalorisations dérogatoires prises dans une loi de financement de la sécurité sociale au titre d'une année ultérieure à l'année en cours.

Alors que l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoyait ainsi une revalorisation fixe de 0,3 % des prestations sociales pour les exercices 2019 et 2020, le Conseil constitutionnel a jugé que, l'année 2020 ne relevant pas de la loi de financement, et « *malgré la circonstance [que les dispositions contestées] auraient [eu] un effet sur la base de revalorisation des prestations sociales dues au titre des années ultérieures, ces dispositions ne [présentaient] pas un caractère permanent* » ⁽¹⁾. Il a donc censuré la partie de l'article permettant son application à l'exercice 2020 ⁽²⁾.

Certes les dispositions relatives au domaine facultatif des lois de financement de la sécurité sociale ont été réécrites à la faveur de l'adoption de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale dans le sens d'une clarification de l'application du principe d'annualité ⁽³⁾, précisément en réaction à la censure partielle de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Dans son avis sur la proposition de loi organique, le Conseil d'État appelait toutefois à la prudence s'agissant des dérogations au principe de l'annualité des lois financières ⁽⁴⁾. Dans sa décision sur ladite loi organique, le Conseil constitutionnel ne s'est quant à lui pas prononcé sur cette réécriture.

(1) Décision n° 2018-776 DC du 21 décembre 2018 sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, point 42.

(2) Le commentaire de la décision précise bien que le caractère permanent s'apprécie au regard de l'effet juridique de la mesure et non d'éventuels effets économiques ou financiers.

(3) Voir notamment les amendements nos 72 et 73 adoptés en commission spéciale à l'Assemblée nationale à l'initiative de M. Thomas Mesnier, rapporteur. Le rapporteur entendait préciser que le législateur financier social pouvait faire figurer des dispositions portant sur les années ultérieures dans les parties portant sur les recettes et les dépenses de l'année, à condition qu'elles présentent un caractère permanent.

(4) Avis n° 402932 et 402933 du Conseil d'État sur la proposition de loi organique (n° 4111) relative aux lois de financement de la sécurité sociale et la proposition de loi (n° 4139) relative aux lois de financement de la sécurité sociale (points 23 à 27).

En tout état de cause, l'article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale précise que les dispositions ayant un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base trouvent une place en loi de financement de la sécurité sociale si elles s'appliquent :

a) à l'année ;

b) à l'année et aux années ultérieures ;

c) aux années ultérieures, à la condition que ces dispositions présentent un caractère permanent.

Deux hypothèses existent donc, soit l'on considère que la sous-revalorisation est la suite logique du gel prévu en 2026 et que l'ensemble constitue une disposition applicable à l'année et aux années ultérieures, auquel cas le freinage des dépenses pour les années 2026 à 2030 peut subsister dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 ; soit l'on considère que le gel pour 2026 d'une part, et la sous-revalorisation de 2027 à 2030 d'autre part sont deux dispositifs distincts et, en l'absence de caractère permanent du second, celui-ci pourrait être considéré comme un cavalier social.

Des arguments plaident dans les deux sens. Toutefois, le gel pour 2026 est présenté comme une mesure portant sur l'ensemble des prestations sociales, y compris les pensions de vieillesse, tandis que le freinage des dépenses entre 2027 et 2030 ne s'applique qu'à ces dernières.

C. D'AUTRES MESURES DE MOINDRE AMPLEUR

- Le **I** reprend une proposition déjà faite par le Gouvernement lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 mais qui n'avait pas prospéré en raison de la suppression de l'article qui la contenait ⁽¹⁾, à savoir l'alignement de la date de revalorisation des rentes servies par l'Oniam sur celle applicable aux pensions d'invalidité, soit le 1^{er} avril. Cela représente un décalage de trois mois puisque les rentes servies par l'Oniam sont aujourd'hui revalorisées le 1^{er} janvier du fait de leur rattachement aux règles de revalorisation des pensions de retraite.

- Le 1^o du **II** crée un mécanisme de revalorisation automatique de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (Ajap). Celle-ci serait dorénavant revalorisée le 1^{er} avril de chaque année sur la base des dispositions de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale.

- Enfin l'article procède à la suppression des renvois à plusieurs arrêtés de revalorisation des plafonds de ressources de la prime à la naissance ou à l'adoption (2^o du **II**), de l'allocation de base de la Paje (3^o du **II**) et de l'allocation de rentrée scolaire (4^o du **II**). Ces arrêtés annuels sont en effet superflus puisque les

(1) Il s'agissait de l'article 23 portant sur la revalorisation des pensions de retraite.

règles de revalorisation de ces plafonds sont fixées par la loi de telle sorte que le pouvoir réglementaire se borne à en prendre acte.

D. UNE MESURE CENTRALE DANS LA TRAJECTOIRE DE REDRESSEMENT DES FINANCES PUBLIQUES PRÉSENTÉE PAR LE GOUVERNEMENT MAIS DONT L'IMPACT SOCIO-ÉCONOMIQUE N'EST PAS SUFFISAMMENT ÉVALUÉ

• Compte tenu des hypothèses retenues ⁽¹⁾, le Gouvernement estime que le gel des montants des prestations sociales pour l'année 2026 rapporterait 3,6 milliards d'euros sur l'ensemble du champ des finances publiques. Les gains se répartiraient de la façon suivante : 2,7 milliards d'euros sur les prestations de vieillesse, dont 2 milliards d'euros sur les régimes de base à l'exclusion de celui de la fonction publique de l'État et des régimes faisant l'objet d'une compensation financière, et 0,05 milliard d'euros sur les dépenses l'allocation de solidarité aux personnes âgées ; 0,3 milliard d'euros sur les prestations familiales relevant du champ de la sécurité sociale ; 0,1 milliard d'euros sur les prestations de maladie et d'accident du travail et maladies professionnelles relevant du champ de la sécurité sociale et 0,2 milliard d'euros sur les prestations de solidarité relevant de l'État.

La contribution des pensions à cette mesure phare du plan de redressement des finances publiques du Gouvernement est donc d'à peu près les trois quarts du total des économies anticipées en 2026.

Cette part devait augmenter les années suivantes puisque, si le gel pour l'année 2026 exerce un effet de base pérenne sur les prestations familiales, le freinage annuel de l'évolution des prestations de vieillesse est cumulatif jusqu'en 2030. Les chiffres suivants doivent être pris avec une grande précaution tant ils reposent sur des hypothèses conventionnelles fortement dépendantes des évolutions macroéconomiques, mais le Gouvernement estime que le présent article pourrait entraîner des économies de l'ordre de 7,5 milliards d'euros, dont 6,2 milliards d'euros uniquement sur le champ des prestations de vieillesse.

ESTIMATIONS DES ÉCONOMIES INDUITES PAR L'ARTICLE 44 DANS SA VERSION INITIALE

	En Md€			
	2026	2027	2028	2029
Prestations vieillesse (champ Sécurité sociale et Etat)	- 2,7	- 3,8	- 5,0	- 6,2
Pensions de retraite - y compris FPE et régimes compensés (*)	- 2,7	- 3,8	- 4,9	- 6,1
dont hors FPE et régimes compensés (*)	- 2,0	- 2,8	- 3,7	- 4,6
ASPA	- 0,05	- 0,05	- 0,05	- 0,05
Prestations familiales (champ Sécurité sociale)	- 0,3	- 0,4	- 0,4	- 0,4
Prestations autonomie	- 0,2	- 0,2	- 0,2	- 0,3
Dont champ Sécurité Sociale	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1
Dont champ Etat	- 0,2	- 0,2	- 0,2	- 0,2
Prestations maladie et ATMP (champ Sécurité sociale)	- 0,1	- 0,2	- 0,2	- 0,2
Prestations de solidarité (champ Etat)	- 0,2	- 0,5	- 0,5	- 0,5
Total	- 3,61	- 5,13	- 6,31	- 7,54

(*) Effets nets de l'effet retour CSG

(1) Notamment un coefficient de revalorisation de droit commun de 1 % pour les prestations revalorisées en janvier 2026 et de 0,9 % pour celles revalorisées en avril.

	2026	2027	2028	2029
Inflation - IPCHT	1,3%	1,75%	1,75%	1,75%
Taux de revalorisation avril hors mesure	0,9%			
Taux de revalorisation avril apres mesure	0,0%			
Taux de revalorisation janvier hors mesure	1,0%	1,3%	1,7%	1,8%
Taux de revalorisation janvier apres mesure	0,0%	0,9%	1,3%	1,4%

Source : annexe 9 au présent projet de loi de financement.

La stabilisation des prestations de solidarité financées par l’État ou les départements, telles que le RSA et la prime d’activité, monterait en charge pour atteindre 0,5 milliard d’euros à partir de 2027, cette progressivité sur deux ans résultant du fait que les ressources prises en compte pour le calcul de ces prestations le sont sur une base trimestrielle.

**EFFET FINANCIER SUR LES ROBSS ET LES AUTRES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES
DE L’ARTICLE 44 DANS SA VERSION INITIALE**

Organismes concernés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en Md€) Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)			
	2026	2027	2028	2029
Robss	2,5	3,4	4,3	5,2
Maladie	<-0,1	<-0,1	<-0,1	-0,1
AT-MP	<0,1	0,1	0,1	0,1
Famille	0,3	0,4	0,4	0,4
Vieillesse + FSV)	2,2	3,1	4,0	4,9
Autonomie	<-0,1	<-0,1	-0,1	-0,1
État	1,1	1,6	1,9	2,3
Unedic	<-0,1	<-0,1	-0,1	-0,1
Collectivités	0,1	0,1	0,1	0,1
TOTAL	3,6	5,1	6,3	7,5

Source : annexe 9 au projet de loi de financement.

● S’agissant des effets socio-économiques induits par le gel des prestations puis la sous-revalorisation des pensions jusqu’en 2030, l’annexe 9 est particulièrement pauvre s’agissant d’une mesure d’une telle ampleur financière.

Ainsi l’annexe se borne-t-elle à évoquer les effets théoriques sans apporter de chiffrage précis et les justifications de principe à cette mesure, lesquelles sont les suivantes :

- les fortes revalorisations des pensions de retraite et des prestations sociales depuis 2021, lesquelles ont mécaniquement résulté de l’effet de l’inflation ;
- la contribution des retraités à près des deux tiers de la hausse du taux d’épargne constatée entre 2023 et 2024 ;

– la situation relative des actifs et des retraités en matière de niveau de vie, plus favorable en France que dans les autres pays ⁽¹⁾.

Le rapporteur général regrette qu’une mesure qui a pourtant été annoncée dès juillet dernier n’ait pas fait l’objet d’études approfondies de son impact sur la vie réelle des personnes qu’elle affecte, qu’il s’agisse des retraités, des personnes en situation de handicap, des familles ou, plus globalement, des personnes modestes.

E. LES DISPOSITIONS RÉSULTANT DE LA LETTRE RECTIFICATIVE

• Dans le but de compenser le coût que représenterait la suspension de la réforme des retraites sur les comptes pour 2027, le Gouvernement a fait le choix de rectifier l’article 44 afin d’accroître les économies effectuées sur la revalorisation des pensions de retraite en 2027.

Pour cette année, la sous-indexation par rapport à l’inflation ne serait pas de 0,4 point mais bien de 0,9 point. Selon les calculs du rapporteur, confirmés par les éléments fournis par le Gouvernement, l’accentuation de la sous-indexation induirait des économies de l’ordre de 1,5 milliard d’euros, soit très légèrement plus que le coût estimé de la suspension de la réforme des retraites pour 2027 (1,4 milliard d’euros).

*

* *

(1) Le niveau de vie moyen des retraités s’élevait, en 2022, à 97 % de celui des actifs, en baisse toutefois depuis 2013 (106 %).

Article 45

Réduire les inégalités entre les femmes et les hommes à la retraite

Cet article met en œuvre l'une des mesures issues des négociations de la délégation paritaire permanente (DPP) menées au premier semestre 2025 et visant à réduire les inégalités de pensions entre les femmes et les hommes : la prise en compte de trimestres de majoration de durée d'assurance (MDA) liés aux enfants comme « périodes réputées cotisées » ouvrant droit au départ anticipé pour carrière longue. Le nombre de trimestres de MDA pris en compte serait fixé par décret dans la limite de deux trimestres selon l'annexe 9 du présent projet de loi de financement.

I. LE DROIT EXISTANT

A. UN OBJECTIF D'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES À LA RETRAITE QUI, MALGRÉ DES PROGRÈS, RESTE TRÈS LOINTAIN

• Depuis 2014 ⁽¹⁾, la Nation assigne au système de retraite par répartition un « objectif de solidarité [...] au sein de chaque génération, notamment par l'égalité entre les femmes et les hommes » ⁽²⁾. En 2023 ⁽³⁾, le législateur financier social a assorti cette affirmation de principe d'objectifs chiffrés, confiant ainsi à la Nation « pour objectifs, à l'horizon 2025, la suppression de l'écart entre le montant des pensions perçues par les femmes et celui des pensions perçues par les hommes et, à l'horizon 2037, sa réduction de moitié par rapport à l'écart constaté en 2023 » ⁽⁴⁾.

Pour la dernière génération observée par le Conseil d'orientation des retraites (COR), c'est-à-dire la génération 1953 ayant eu 67 ans en 2023, le montant des pensions de droit direct des femmes représentait, tous régimes confondus, 71,2 % de celui des hommes ⁽⁵⁾. Cet écart ne s'est réduit que d'à peine plus de 15 points par rapport à la génération née en 1940 (54,6 %). En 2023, sur l'ensemble des pensions de retraites versées ⁽⁶⁾, la retraite des femmes ne représentait que 64,8 % de celle des hommes, contre 54,6 % en 2004.

Lorsque l'on ajoute les dispositifs de droits familiaux et conjugaux qui agissent directement sur le montant des pensions – c'est-à-dire la majoration de pension de 10 % pour les assurés ayant eu trois enfants à charge et les pensions de réversion –, le montant moyen des pensions des femmes était de 77,2 % de celui des hommes contre 70,2 % en 2004.

(1) Article 1er de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

(2) Article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.

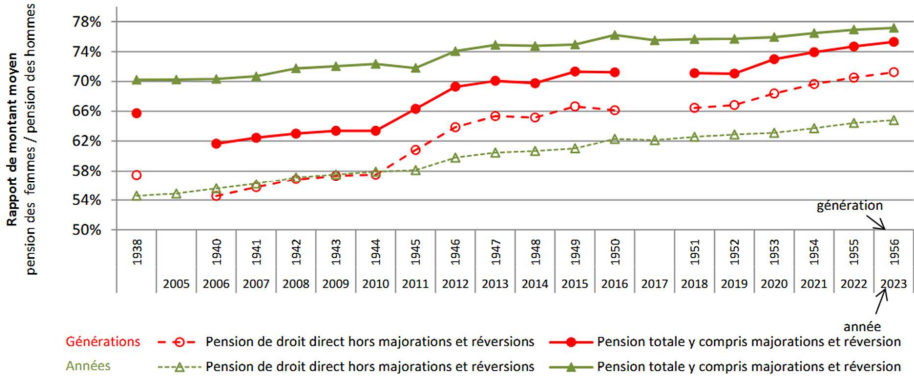
(3) Article 10 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

(4) Article L. 111-2-1 précité.

(5) Conseil d'orientation des retraites, rapport annuel, juin 2025, p. 158.

(6) Indépendamment de la génération considérée.

**MONTANT BRUT MOYEN DES PENSIONS DES FEMMES RAPPORTÉ À CELUI DES HOMMES
PAR ANNÉE ET GÉNÉRATION**



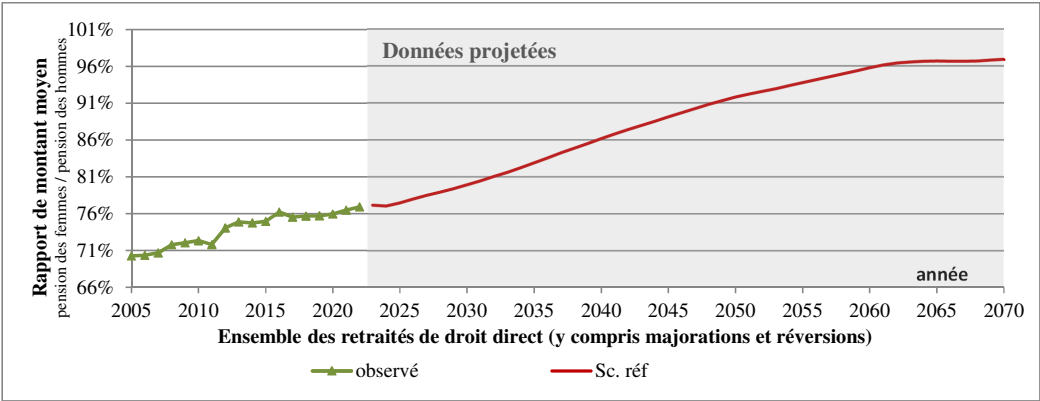
Source : Conseil d'orientation des retraites, rapport annuel de juin 2025, p. 159.

Lecture : fin 2023, le montant moyen des pensions (y compris majorations et réversions de l'ensemble des femmes retraitées de droit direct représente 64,8 % de celui de l'ensemble des hommes retraités de droit direct. Pour la seule génération née en 1956 (qui a 67 ans en 2023), le montant moyen des pensions (hors majorations et réversions) des femmes retraitées de droit direct représente 71,2 % de celui des hommes.

Champ : retraités percevant un droit direct résidant en France pour les données par génération et résidant en France ou à l'étranger pour les données par année.

Selon le Conseil d'orientation des retraites, le rapport de la retraite des femmes par rapport à celle des hommes atteindrait 87,4 % en 2040 et se stabiliserait autour de 97 % à partir de 2060.

**MONTANT BRUT MOYEN DES PENSIONS DES FEMMES RAPPORTÉ À CELUI DES HOMMES
PROJETÉ PAR ANNÉE**



Source : Conseil d'orientation des retraites, rapport annuel de juin 2025, p. 160.

Lecture : le rapport entre la pension moyenne des femmes et celle des hommes augmenterait progressivement pour atteindre 96,9 % en 2070 ⁽¹⁾.

(1) Scénario de référence prenant en compte les hypothèses démographiques centrales de l'Insee (poursuite des gains d'espérance de vie, fécondité de 1,8 enfant par femme et solde migratoire net de 70 000 personnes par an), croissance annuelle de la productivité horaire du travail de 0,7 % (à partir de 2040) et taux de chômage de 7,0 % (à partir de 2032).

À ce rythme donc, aucun des objectifs fixés par le législateur ne serait atteint dans les délais qu’il s’est donnés :

- en 2037, le rapport serait de 84,9 % contre une cible de 88,6 % (réduction par deux de l’écart avec celui des hommes par rapport à 2023) ;
- en 2050, il ne serait que de 91,8 % contre une cible de 100 % (réduction totale de l’écart).

● Si l’on distingue la situation par régimes, l’on observe que si les écarts de pension entre les femmes et les hommes varient sensiblement selon le régime principal d’affiliation, ils existent dans tous les régimes français.

MONTANT BRUT MENSUEL MOYEN DE LA PENSION DE DROIT DIRECT,
SELON LE RÉGIME PRINCIPAL D’AFFILIATION (2023)

	Tous retraités			Carrières complètes		
	Femmes	Hommes	Ratio	Femmes	Hommes	Ratio
Ensemble des retraités de droit direct	1 310	2 090	62,7%	1 680	2 280	73,7%
Retraités de droit direct d’un régime de base dont :	1 310	2 100	62,4%	1 680	2 280	73,7%
régime général à titre principal	1 140	2 030	56,2%	1 560	2 240	69,6%
autre régime de salariés à titre principal	1 950	2 370	82,3%	2 160	2 550	84,7%
FPE civils	2 260	2 680	84,3%	2 450	2 810	87,2%
FPE militaires	1 510	2 220	68,0%	2 240	2 790	80,3%
CNRACL	1 680	1 940	86,6%	1 850	1 980	93,4%
MSA salariés	1 360	1 840	73,9%	1 780	2 090	85,2%
Régimes spéciaux	2 220	2 680	82,8%	2 630	2 840	92,6%
autre régime de non-salariés à titre principal	990	1 640	60,4%	1 070	1 560	68,6%
MSA non-salariés	770	1 060	72,6%	860	1 100	78,2%
Professions libérales	2 060	3 140	65,6%	2 430	3 560	68,3%
aucun régime principal	1 540	2 410	63,9%	1 770	2 590	68,3%
Monopensionnés d’un régime de base	1 240	2 060	60,2%	1 660	2 280	72,8%
Polypensionnés de régimes de base	1 520	2 190	69,4%	1 720	2 270	75,8%

Source : commission des affaires sociales à partir des données de la direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (Drees).

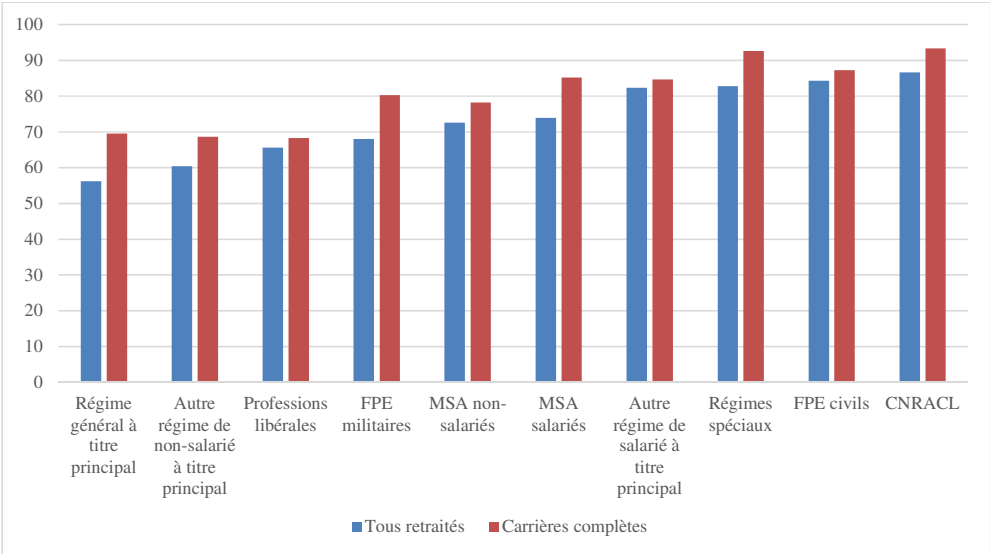
Champ : Retraités ayant perçu un droit direct (y compris éventuellement majoration pour trois enfants ou plus) au cours de l’année 2023, résidant en France, vivants au 31 décembre 2023.

Ainsi les femmes dont le principal régime de retraite est le régime général (salariée ou indépendante) perçoivent-elles une pension brute moyenne de droit direct correspondant à 56,2 % de celles de leurs homologues masculins, soit près de 900 euros de moins par mois, tandis que les femmes ayant essentiellement exercé dans la fonction publique de l’État perçoivent une retraite représentant 84,3 % de celle des hommes (420 euros mensuels de moins).

Ces écarts de pension de droit direct ne résultent pas uniquement du fait que les femmes ont en général des carrières plus hachées que celles des hommes. En effet, lorsque l’on s’intéresse uniquement aux retraités ayant une carrière complète, on observe que l’écart de pension subsiste quoiqu’à un moindre niveau. Ainsi, les femmes justifiant d’une carrière complète et dont le principal régime d’affiliation est le régime général perçoivent en moyenne un peu moins de 70 % de la pension d’un homme dans la même situation, soit près de 700 euros d’écart chaque mois. Les régimes les moins inégalitaires sont les régimes de la fonction publique territoriale et hospitalière et les régimes spéciaux – dans lesquels le ratio dépasse 90 % – et dans une moindre mesure le régime de la fonction publique de l’État (87,2 %). À l’inverse les anciennes professionnelles libérales à carrières complètes ne perçoivent, en moyenne, que 68,3 % de la pension de leurs homologues masculins.

ÉCART DE PENSION ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES (2023)

(en %)



Source : Commission des affaires sociales à partir des données de la Drees.

Lecture : une retraitée ayant effectué une carrière complète et dont le régime principal d’affiliation est le régime général perçoit en moyenne une retraite représentant 69,6 % de celle de ses homologues masculins.

Champ : Retraités ayant perçu un droit direct (y compris éventuellement majoration pour trois enfants ou plus) au cours de l’année 2023, résidant en France, vivants au 31 décembre 2023.

FPE : fonction publique de l’État ; MSA : Mutualité sociale agricole ; CNRACL : Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

B. LE SYSTÈME DE RETRAITE REFLÈTE LES INÉGALITÉS DE CARRIÈRES, LESQUELLES RÉSULTENT EN GRANDE PARTIE DE L'ARRIVÉE DES ENFANTS DANS LE FOYER

● Ces résultats sont le reflet *ex post* des inégalités de carrières entre les femmes et les hommes qui apparaissent *ex ante*. En 2023, le revenu salarial des femmes était inférieur de 22,2 % à celui des hommes (21 340 euros contre 27 430 euros par an) ⁽¹⁾. Cet écart s'explique partiellement par des différences de volume horaire. Les femmes sont ainsi moins souvent en emploi que les hommes au cours de l'année et elles occupent plus fréquemment un emploi à temps partiel.

Celles-ci n'expliquent toutefois pas à elles seules les écarts de revenus salariaux puisque, à temps de travail égal, l'écart de salaire en équivalent temps plein (EQTP) entre les femmes et les hommes était de 14,2 %.

Sur période longue, on observe que l'écart salarial entre les femmes et les hommes diminue : depuis 1995, l'écart en équivalent temps plein s'est ainsi réduit de 7,9 points, en lien notamment avec l'augmentation constante de la part des femmes parmi les cadres du secteur privé (38 % en 2023 contre 23 % en 1995) ⁽²⁾.

● Dans une note de novembre 2024, le Conseil d'analyse économique (CAE) estimait l'écart de revenus entre les femmes et les hommes en France à environ 30 % en 2020 en tenant compte des personnes sans emploi. Cet écart s'explique par une moindre participation des femmes au marché du travail, des interruptions de carrière et un recours au travail à temps partiel plus fréquents, ainsi que par des inégalités salariales persistantes à temps de travail égal notamment liés à l'orientation des femmes vers des secteurs d'emploi moins rémunérés ⁽³⁾.

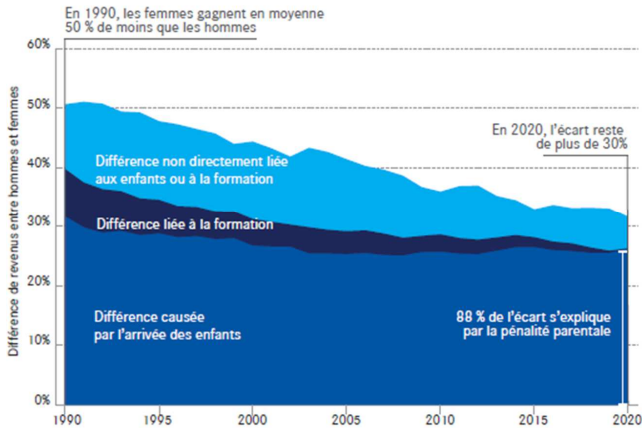
Selon l'étude, près de 90 % des inégalités de revenu observées s'expliqueraient par la pénalité induite pour les mères par l'arrivée des enfants dans le foyer. Ce facteur serait le plus déterminant pour expliquer la persistance des inégalités salariales entre les hommes et les femmes.

(1) M. Gerardin, « Écart de salaire entre femmes et hommes en 2023 », *Insee Focus* n° 349, 4 mars 2025.

(2) Ibid.

(3) Emmanuelle Auriol, Camille Landais et Nina Roussille, « Égalité hommes-femmes : une question d'équité, un impératif économique », *Les notes du Conseil d'analyse économique*, n° 83, novembre 2024.

DÉTERMINANTS DES ÉCARTS DE REVENUS DU TRAVAIL OBSERVÉS ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES

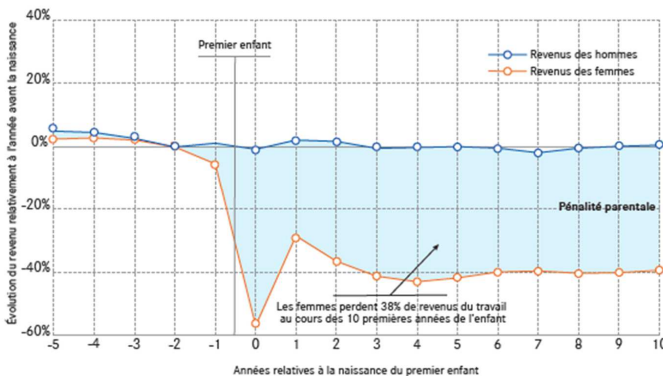


Source : données 1990-2020 de l'enquête Emploi (Insee). Graphique issu de la note du CAE n° 83, novembre 2024.

Selon les données de l'enquête « Emploi » de l'Insee sur la période 1990-2020, Par comparaison avec les cinq années précédentes, il apparaît que le revenu moyen des mères chute brutalement dans les dix années qui suivent la naissance d'un premier enfant avant de se stabiliser à un niveau beaucoup plus bas tandis que le revenu moyen des hommes n'apparaît quant à lui pratiquement pas affecté par la paternité.

La perte de revenus dans les dix premières années de l'enfant est estimée à près de 38 % pour les femmes par rapport à une situation contrefactuelle où elles n'auraient pas eu d'enfants.

IMPACT DE LA NAISSANCE DU PREMIER ENFANT SUR LES REVENUS DU TRAVAIL DES PÈRES ET DES MÈRES



Source : données 1990-2020 de l'enquête Emploi (Insee). Graphique issu de la note du CAE n° 83, novembre 2024.

Le fait que l'arrivée des enfants dans le foyer exerce une telle influence sur les inégalités de carrières entre les femmes et les hommes justifie que les principaux dispositifs de compensation pour la retraite aient été conçus en rapport avec la maternité et l'éducation des enfants.

C. LES DISPOSITIFS ACTUELS MOBILISENT LE LEVIER DE LA DURÉE D'ASSURANCE MAIS AGISSENT PEU SUR LE REVENU ANNUEL MOYEN

1. Les majorations de durée d'assurance pour enfants augmentent de 10 % à 15 % en moyenne la durée validée par les femmes

• Il existe trois principaux types de majoration de durée d'assurance pour motifs familiaux dans les différents régimes ⁽¹⁾ :

- la majoration de quatre trimestres pour maternité ou adoption ;
- la majoration de quatre trimestres pour éducation attribuables à la mère et au père pour chaque enfant mineur au titre de son éducation pendant les quatre années suivant sa naissance ou son adoption.

Les trimestres liés à l'éducation ou à l'adoption peuvent être répartis entre les parents d'un commun accord à la condition, depuis la réforme des retraites de 2023, qu'au moins deux trimestres soient attribués à la mère. Si aucun choix de répartition n'est effectué dans un délai de six mois à compter du quatrième anniversaire de l'enfant, les quatre trimestres sont attribués à la mère ce qui, *de facto*, est presque systématiquement le cas puisque 99 % des bénéficiaires de MDA sont des femmes ⁽²⁾.

- la majoration de trimestres en cas de prise d'un congé parental ⁽³⁾.

Non cumulable avec les autres MDA, elle n'est servie que lorsque son application est plus favorable que celles-ci. En pratique, cette condition est assez rarement remplie puisque seules 2 625 femmes parties à la retraite en 2020 en ont bénéficié soit seulement 0,9 % de l'ensemble des femmes ayant obtenu une majoration de durée d'assurance la même année.

Au régime de la fonction publique de l'État, les règles sont différentes puisque les périodes de congé parental, de temps partiel et de disponibilité de droit pour élever un enfant sont prises en compte dans la limite de trois ans par enfant né ou adopté à partir du 1^{er} janvier 2004 ⁽⁴⁾. Les femmes bénéficient en outre d'une

(1) Article L. 351-4 du code de la sécurité sociale pour le régime général (salariés et travailleurs indépendants, par renvoi de l'article L. 634-2 du même code) ; articles L. 742-3 et L. 732-38 du code rural et de la pêche maritime, qui renvoient aux règles applicables au régime général pour les salariés et les exploitants agricoles respectivement ; article L. 643-1-1 du code de la sécurité sociale pour les professions libérales.

(2) Julliot M. et Bac C., « Les droits familiaux de retraite pour les nouveaux retraités de 2020 », note de la Cnav réalisée pour la séance plénière du Conseil d'orientation des retraites du 19 octobre 2023.

(3) Article L. 351-5 du code de la sécurité sociale.

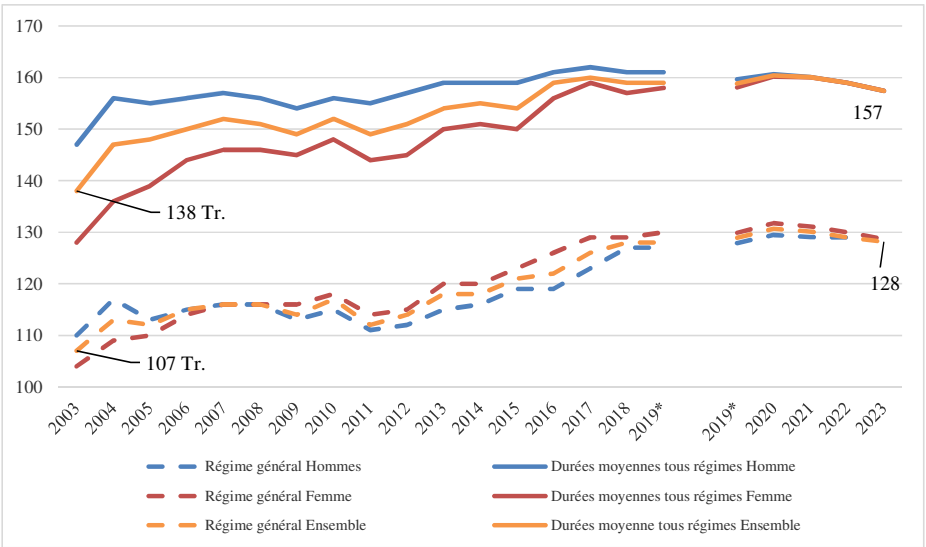
(4) Article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

« majoration pour accouchement » de deux trimestres par enfant né à compter du 1^{er} janvier 2024, à condition de ne pas avoir bénéficié d'un congé parental de six mois ou plus ⁽¹⁾.

Près de 90 % des femmes retraitées des générations 1930 à 1950 ont validé des trimestres de majorations de durée d'assurance (17 à 22 trimestres en moyenne) ⁽²⁾, lesquels représentent entre 10 % et 15 % de la durée totale qu'elles ont validée.

● En 2023, parmi les nouveaux retraités de droit direct du régime général, la durée moyenne d'assurance validée par les hommes et par les femmes était identique (157 trimestres). L'on observe donc une convergence historique de la durée validée par les femmes sur celle validée par les hommes.

ÉVOLUTION DES DURÉES MOYENNES D'ASSURANCE VALIDÉES EN TRIMESTRES DES NOUVEAUX RETRAITÉS

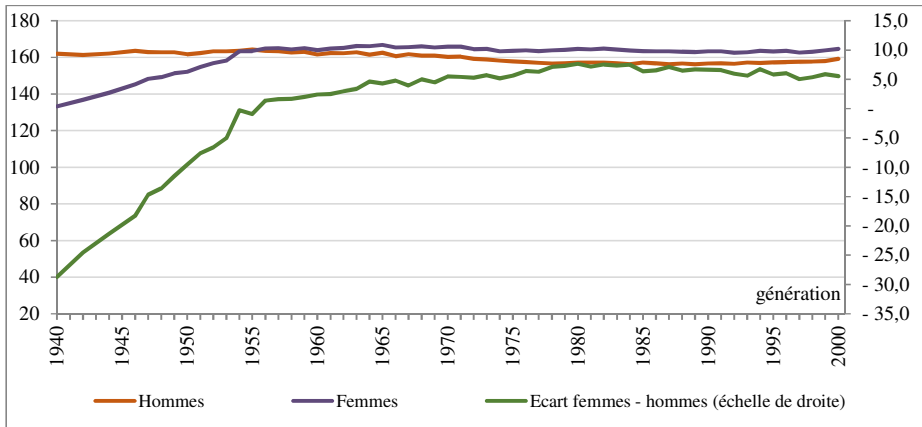


Source : Caisse nationale d'assurance vieillesse.
Champ : Nouveaux retraités de droit direct du régime général (hors outils de gestion de la sécurité sociale pour les indépendants jusqu'à 2018), par année de départ du droit direct (données 2023 arrêtées à fin 2024).

Si l'on s'intéresse aux écarts par génération et sur un champ plus large (tous régimes), l'on observe que la durée d'assurance des femmes devrait bientôt dépasser légèrement celle des hommes en lien avec une participation accrue au marché du travail et des carrières de plus en plus complètes.

(1) Article L. 12 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite.
(2) Secrétariat général du Conseil d'orientation des retraites, « Les bénéficiaires de droits familiaux », document n° 9 de la séance plénière du COR du 19 octobre 2023.

DURÉE MOYENNE D'ASSURANCE DES FEMMES ET DES HOMMES PAR GÉNÉRATION, EN TRIMESTRES



Source : Conseil d'orientation des retraites, rapport annuel de juin 2025, p. 158.

Lecture : les femmes retraitées de la génération 1950 avaient validé en moyenne 152 trimestres, soit 10 de moins que leurs homologues masculins (162 trimestres).

Champ : retraités de droit direct, résidant en France.

Pourtant, comme cela a été évoqué plus haut, cette convergence ne suffit pas à réduire l'écart de pensions entre les femmes et les hommes. Cela s'explique par le fait que les dispositifs mis en place par le législateur n'agissent que peu sur le revenu annuel moyen retenu pour le calcul du montant des pensions.

2. Ces dispositifs augmentent le taux de la pension mais n'influent pas sur le revenu annuel moyen

- Le calcul du montant de la pension d'un retraité au régime général repose sur trois éléments ⁽¹⁾ :

- le revenu annuel moyen (RAM) : qui représente la moyenne annuelle des salaires soumis à cotisation sur les vingt-cinq meilleures années de carrière (tous régimes) ;

- le taux de la pension : dont le niveau maximal (50 %) est attribué à une personne qui a validé tous ses trimestres quels qu'aient été ses régimes (durée d'assurance tous régimes). L'assuré peut subir une décote ou profiter d'une surcote s'il a validé respectivement moins ou plus de trimestres au-delà de l'âge d'ouverture des droits ;

- le coefficient de proratisation : dont le montant maximal (1/1) est atteint si l'assuré a validé, dans le régime concerné, une durée d'assurance équivalant à la durée minimale requise pour le taux plein. Si l'assuré n'a pas validé tous ses

(1) Article L. 351-1 du code de la sécurité sociale.

trimestres dans le régime, alors sa pension est calculée au prorata de la durée x réellement effectuée (x/1).

Tandis que les deux premiers facteurs sont appréciés tous régimes confondus, le coefficient de proratisation varie pour chaque régime d'affiliation.

Les formules de calcul de la retraite dans les principaux régimes de retraite

Si toutes les formules de calcul de la retraite de base dans les différents régimes font intervenir une variable liée à la durée d'assurance, le taux n'est pas le même dans tous les régimes.

La pension des fonctionnaires est plafonnée à 75 % de leur dernier traitement indiciaire brut, sauf bonifications de services en application de la formule suivante :

$$[(\text{Trimestres admis en liquidation} + \text{bonifications de services}) \times 75 \% \text{ du traitement de base}] / \text{durée d'assurance minimale requise}$$

Le taux de 75 % est appelé « taux maximum » et ne peut être atteint qu'à la condition d'avoir effectué une durée de service minimale au sein de la fonction publique, indépendamment de la durée d'assurance validée dans les autres régimes. Il doit être distingué du taux plein qui, comme dans les autres régimes, résulte de la validation d'une durée d'assurance tous régimes. La retraite à taux plein d'un fonctionnaire peut donc être inférieure à la retraite au taux maximum.

La retraite de base des non-salariés agricoles (exploitants agricoles, aides familiaux et collaborateurs d'exploitation) est historiquement constituée d'une part forfaitaire et d'une part proportionnelle, laquelle résulte de la formule suivante :

$$\text{Nombre de points acquis} \times \text{valeur du point} \times (37,5 / \text{durée d'assurance minimale requise en année})$$

Le « taux plein » applicable à la retraite des exploitants agricoles varie donc en fonction des générations puisqu'il dépend de la durée d'assurance minimale requise. En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, le mode de calcul de la retraite des agriculteurs sera progressivement remplacé par un système fondé sur le revenu avec prise en compte des vingt-cinq meilleures années, comme dans les régimes alignés.

● Les dispositifs de majoration de durée d'assurance en faveur des femmes ont été conçus dans la perspective de compenser les interruptions de carrière liées à la maternité et à l'éducation des enfants par l'attribution de trimestres. C'est pourquoi ils agissent sur le taux et le coefficient de proratisation sans toutefois modifier le revenu annuel moyen.

Ces trimestres ne sont cependant pas toujours « utiles » pour les personnes qui remplissent les conditions pour en bénéficier. Ainsi, au moment de la liquidation de la retraite, la caisse de retraite calcule les trimestres validés par l'assuré. Si la somme de ces trimestres permet d'atteindre la durée d'assurance requise pour le taux plein, alors les trimestres validés au titre des MDA sont « perdus ». Dans le cas inverse, la caisse ajoute aux trimestres validés les trimestres de MDA. Ces derniers ne sont rattachés à aucune année civile particulière et n'influent pas sur le RAM.

Les dispositifs agissant sur le revenu annuel moyen

Les périodes de congés de maternité influent sur le montant des pensions de retraites de deux façons :

– d’une part, dans la plupart des régimes de retraite, elles sont assimilées à des périodes d’assurance, prises en compte pour déterminer le taux de la pension ⁽¹⁾ : pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2014, la mère valide un trimestre pour chaque période de 90 jours d’indemnités journalières ou, si la durée d’indemnisation a été inférieure à 90 jours, elle valide le trimestre civil au cours duquel elle a bénéficié du dernier jour d’indemnisation ⁽²⁾. Les trimestres sont « réputés cotisés » et intégralement pris en compte dans la durée d’assurance cotisée nécessaire pour bénéficier d’un départ anticipé pour carrières longues ;

– d’autre part, elles sont prises en compte dans le calcul du revenu annuel moyen ⁽³⁾. Les indemnités journalières perçues depuis le 1^{er} janvier 2012 sont reportées au compte après une majoration de 125 % ⁽⁴⁾, tandis que celles perçues antérieurement le sont sur la base d’un salaire forfaitaire ⁽⁵⁾.

L’assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) a pour but de maintenir des droits à la retraite de base pour les personnes qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle pour s’occuper d’un enfant à travers leur affiliation au régime général. Créée en 1972 pour les mères de famille assumant la charge de jeunes enfants, son accès a été progressivement étendu à d’autres populations, notamment aux pères à compter de 1979.

Les caisses d’allocations familiales ou les caisses de mutualité sociale agricole se substituent aux bénéficiaires pour le paiement de leurs cotisations d’assurance vieillesse, lesquelles sont calculées sur la base d’un salaire forfaitaire correspondant à 169 fois le Smic en vigueur le 1^{er} juillet de l’année civile précédente. L’assuré valide donc des trimestres et bénéficie d’une prise en compte d’un « salaire virtuel » égal à l’assiette forfaitaire dans son revenu annuel moyen.

En outre, depuis la réforme des retraites de 2023, les trimestres d’AVPF sont pris en compte comme « périodes cotisées » pour l’éligibilité au minimum contributif, dans la limite de vingt-quatre trimestres.

Ce mode particulier de prise en compte des trimestres de majorations de durée d’assurance explique donc pourquoi un report de l’âge d’ouverture des droits contribue toutes choses égales par ailleurs à réduire leur influence sur le montant de la pension des femmes.

Ce phénomène est l’une des raisons pour lesquelles le législateur financier social a décidé la création d’une « surcote parentale » lors de la réforme des retraites

(1) En application du 1^o de l’article L. 351-3 du code de la sécurité sociale.

(2) En application du 2^o de l’article R. 351-12 du code de la sécurité sociale.

(3) La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit la prise en compte, dans le calcul du salaire de base, des indemnités journalières d’assurance maternité ou adoption versées à compter du 1^{er} janvier 2012. La loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a étendu cette prise en compte aux indemnités versées antérieurement.

(4) La majoration s’applique avant déduction des prélèvements sociaux. Elle permet de reconstituer un montant brut fictif.

(5) Circulaire de la Caisse nationale d’assurance vieillesse (Cnav) n° 2025-11 du 28 mars 2025.

de 2023, comme mécanisme de compensation du report de l'âge d'ouverture des droits de 62 à 64 ans ⁽¹⁾.

La surcote parentale

L'article 11 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a créé une majoration de pension ouverte aux pères et mères de famille bénéficiant d'une pension de retraite à taux plein.

Plus précisément, peuvent y prétendre les assurés ayant bénéficié d'une majoration de durée d'assurance due au titre :

- de la maternité, de la grossesse et de l'accouchement, de l'éducation ou de l'adoption ;
- de l'éducation d'un enfant en situation de handicap éligible à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;
- des périodes au cours desquelles ils étaient en congé parental.

Pour bénéficier de cette surcote parentale, les retraités doivent en outre avoir validé une durée d'assurance au moins égale à la durée minimale requise pour le bénéfice du taux plein (soit 172 trimestres pour les personnes nées à compter du 1^{er} janvier 1965).

La surcote accordée en raison de la parentalité correspond à une augmentation de la pension de retraite de base de 1,25 % par trimestre supplémentaire accompli entre 63 et 64 ans, soit 5 % sur un an au maximum.

Selon les estimations de la Drees, 17 % des femmes de la génération de 1980 verraient leur taux de surcote croître avec cette disposition, sans modifier leur âge de départ. Elle estimait que ce dispositif augmenterait d'environ 0,35 trimestre en moyenne le nombre de trimestres de MDA « utiles ».

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) des ministères sociaux estimait en octobre 2023 que sur l'ensemble des femmes bénéficiant de trimestres de MDA, trois femmes sur quatre bénéficiaient de trimestres « utiles », c'est-à-dire intervenant dans le calcul de leur pension ⁽²⁾.

Du fait de l'augmentation progressive de la durée d'assurance requise pour le taux plein à 172 trimestres ainsi que d'une entrée plus tardive sur le marché du travail, qui réduisent de fait la probabilité d'atteindre les conditions pour bénéficier du taux plein dès l'âge d'ouverture des droits, la Drees estime que cette part progresserait légèrement au fil des générations.

(1) Article L. 351-1-2-1 du code de la sécurité sociale pour le régime général et les régimes alignés ; IV de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite pour les fonctionnaires ; article L. 732-25-2 du code rural et de la pêche maritime pour les non-salariées agricoles.

(2) Guirriec R., « Retraite : parmi les femmes bénéficiant de majorations de durée d'assurance pour enfants, trois sur quatre voient leur pension augmenter grâce à ces trimestres », Drees, Études et Résultats, n° 1283, octobre 2023.

Toutefois, compte tenu de la baisse de la natalité, la part de femmes sans aucun trimestre de MDA augmenterait pour atteindre 20 % pour la génération 2000 ⁽¹⁾.

En moyenne, la Cnav estimait que les trimestres de MDA permettaient d'augmenter de 10 % la pension de base attribuées par le régime général à ses assurées, soit 66 euros mensuels en 2020 ⁽²⁾.

3. Le dispositif de retraite anticipée pour carrière longue ne prend pas en compte les trimestres attribués au titre des enfants

● Une autre limite des dispositifs de majorations de durée d'assurance réside dans ce qu'ils ne permettent pas aux femmes ayant commencé à travailler tôt de prétendre à une retraite anticipée pour carrière longue (RACL).

Créé par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites en contrepartie de l'augmentation de la durée d'assurance requise pour le bénéfice du taux plein, le dispositif de RACL permet aux assurés ayant commencé à travailler jeune de partir à la retraite avant l'âge d'ouverture des droits sous réserve ⁽³⁾ :

1° d'avoir débuté son activité avant un certain âge ⁽⁴⁾.

Pour compenser l'effet du report de l'âge légal de départ à la retraite sur les assurés ayant débuté leur carrière tôt, le dispositif de RACL a été assoupli par la réforme des retraites de 2023. Dorénavant, un départ est possible ⁽⁵⁾ :

- dès 58 ans en cas de début d'activité avant 16 ans ;
- dès 60 ans en cas de début d'activité avant 18 ans ;
- dès 62 ans en cas de début d'activité avant 20 ans ;
- dès 64 ans en cas de début d'activité avant 21 ans ;

2° de justifier d'une durée d'assurance fixée par décret, dans la limite de la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une retraite au taux plein, « *tout ou partie de cette durée totale [devant avoir] donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré* » ⁽⁶⁾.

(1) Idem.

(2) Julliot M. et Bac C., « Les droits familiaux de retraite pour les nouveaux retraités de 2020 », note de la Cnav réalisée pour la séance plénière du Conseil d'orientation des retraites du 19 octobre 2023.

(3) Article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale pour le régime général ; article L. 643-3 du code de la sécurité sociale pour les professionnels libéraux ; article L. 653-2 du code de la sécurité sociale pour les avocats ; article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite pour les fonctionnaires ; article L. 732-18-1 pour les exploitants agricoles.

(4) Cette condition requérant d'avoir validé au moins cinq trimestres au 31 décembre de l'année correspondant à la borne d'âge (quatre trimestres pour les personnes nées au quatrième trimestre).

(5) Article D. 351-1-1 du code de la sécurité sociale.

(6) Article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale.

En pratique, le pouvoir réglementaire a utilisé la plénitude des facultés que lui a laissées le législateur pour restreindre l'accès à la RACL puisqu'il a aligné sur la durée d'assurance requise pour le taux plein non seulement la durée totale d'assurance nécessaire mais également la partie cotisée ⁽¹⁾.

- Si certaines périodes « réputées cotisées » sont prises en compte dans la durée d'assurance déterminant l'éligibilité au départ anticipé pour carrière longue, les trimestres validés au titre des MDA n'en font pas partie ⁽²⁾.

Cela les distingue donc d'autres trimestres attribués aux mères en rapport avec les enfants et « réputés cotisés » pour le départ anticipé pour carrière longue :

- depuis la réforme des retraites de 2014, les trimestres assimilés dus à la maternité sont intégralement pris en compte ⁽³⁾ ;

- depuis la réforme des retraites de 2023, les trimestres validés au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer sont pris en compte dans la limite de quatre trimestres au total ⁽⁴⁾.

- Au régime général, les départs anticipés pour carrière longue concernaient 18 % des nouveaux retraités en 2023, soit environ 126 000 personnes ⁽⁵⁾. Toutefois, seules 5 % des femmes nées en 1950 étaient bénéficiaires d'un départ anticipé pour carrière longue contre 19 % des hommes, écart qui s'explique notamment par une part de durée cotisée plus faible (76 % de trimestres cotisés contre 93 % pour les hommes) ⁽⁶⁾.

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. LA PRISE EN COMPTE DES MAJORATIONS DE DURÉE D'ASSURANCE POUR ENFANT COMME PÉRIODES COTISÉES POUR L'ÉLIGIBILITÉ À UN DÉPART ANTICIPÉ

- Dans le prolongement des mesures prises à l'occasion de la réforme des retraites de 2023, le présent article propose d'élargir le champ des trimestres réputés cotisés aux trimestres de majoration de durée d'assurance.

(1) Article D. 351-1-1 du code de la sécurité sociale.

(2) En application de l'article D. 351-1-2, sont réputés cotisés quatre trimestres de service national, quatre trimestres de maladie et accidents du travail, les trimestres liés à la maternité, deux trimestres au titre des périodes d'invalidité, quatre trimestres de chômage indemnisé, les trimestres de majoration de durée d'assurance attribués au titre du compte professionnel de prévention, quatre trimestres validés au titre de l'AVPF ou de l'assurance vieillesse des aidants. Sont également réputés cotisés, en application de l'article L. 173-7 du code de la sécurité sociale, les trimestres d'apprentissage « rachetés » sous forme de versements pour la retraite.

(3) 4° du I de l'article D. 351-1-2 du code de la sécurité sociale.

(4) 7° du I de l'article D. 351-1-2 précité.

(5) Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss) de l'année 2024, fiche « Retraites ».

(6) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, mai 2024, p. 133.

Le 1° du **III** modifie l'article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale qui régit la retraite anticipée pour carrière longue au régime général.

Le **c** maintient le principe selon lequel un décret précise les conditions dans lesquelles certaines périodes peuvent être réputées avoir donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Pour plus de clarté, il les présente sous la forme d'une énumération :

– les 1° et 2° reprennent le droit existant en portant respectivement sur certaines périodes assimilées liées notamment à la maternité, la maladie ou le chômage et sur les périodes validées au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer et de l'assurance vieillesse des aidants ;

– le 3° est la véritable novation de l'article puisqu'il prévoit la prise en compte de trimestres de bonification ou de majoration de durée d'assurance pour enfants. Il s'agit plus particulièrement, pour le régime général et les régimes alignés, des majorations d'assurance pour maternité, adoption et éducation ⁽¹⁾ et de la majoration de durée d'assurance en cas de prise d'un congé parental ⁽²⁾, et, pour les fonctionnaires, des bonifications pour enfants, que celles-ci résultent des naissances antérieures au 1^{er} janvier 2024 ⁽³⁾ ou postérieures à cette même date ⁽⁴⁾.

Le **I** procède à des modifications similaires à l'article L. 25 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite tout en conservant les spécificités du régime des fonctionnaires, notamment la prise en compte des périodes de service national et des périodes au cours desquelles ils ont été placés en congé de maladie statutaire. Le nouveau 4° de l'article L. 25 *bis* crée la base juridique à la prise en compte des MDA et bonifications pour enfant. Il retient une rédaction identique à celle de l'article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale, la seule différence résidant dans l'ordre des références citées puisque celles relatives aux bonifications des fonctionnaires interviennent avant celles relatives aux majorations de durée d'assurance du régime général et des régimes alignés.

Les 3° et 4° du **III** simplifient la rédaction des articles respectivement applicables aux professionnels libéraux ⁽⁵⁾ et aux avocats ⁽⁶⁾ en précisant qu'ils bénéficient d'un abaissement de l'âge de départ à la retraite « dans les conditions définies à l'article L. 351-1-1 », c'est-à-dire celles du régime général. S'agissant des non-salariés agricoles, la réforme du mode de calcul de leurs pensions adoptée dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale les conduira à être inclus, à terme, dans le périmètre de l'article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale ⁽⁷⁾. La

(1) Article L. 351-4 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 351-5 du même code.

(3) b de l'article L. 12 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

(4) Article L. 12 bis du même code.

(5) Article L. 643-3 du code de la sécurité sociale.

(6) Article L. 653-2 du même code.

(7) Article 87 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025. La réforme sera pleinement opérationnelle en 2028.

mesure s'appliquera donc automatiquement à eux. Les non-salariés agricoles liquidant leurs pensions entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 décembre 2027 se voient toutefois appliquer provisoirement les règles actuelles de calcul des pensions au régime des non-salariés agricoles. Le **IV** du présent article permet de garantir la prise en compte des trimestres de MDA pour ces agricultrices. Le **II** crée un article L. 781-29-1 dans le code rural et de la pêche maritime qui permet quant à lui d'appliquer les mêmes règles aux exploitants agricoles de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique, de La Réunion, de Mayotte, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.

Selon l'annexe 9 du projet de loi de financement, les trimestres seraient pris en compte dans la limite de deux sur l'ensemble de la carrière, quel que soit le type de MDA.

- En conséquence, le 2^o du **III** abroge le IX de l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale qui prévoit spécifiquement que les MDA et les bonifications attribuées au titre des enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2010 ne sont pas prises en compte pour l'application de l'article L. 351-1-1 du même code relatif à la retraite anticipée pour carrière longue.

B. LA MODULATION DE LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE POUR LA PRISE EN COMPTE DU REVENU ANNUEL MOYEN

1. Une disposition essentielle dont la valeur réglementaire peut porter à débat

- Une fois n'est pas coutume, la rapporteure souhaite présenter une mesure qui n'apparaît nulle part dans le dispositif du présent article mais qui fait l'objet d'une mention dans l'annexe 9.

Afin d'améliorer la retraite des femmes dont la carrière a été affectée par la naissance de leurs enfants, les travaux de la délégation paritaire permanente ont proposé de réduire la durée de référence prise en compte pour la détermination du revenu annuel moyen. Cette durée serait réduite de vingt-cinq ans à :

- vingt-quatre ans pour les femmes ayant eu un enfant ;
- vingt-trois ans pour les femmes ayant eu deux enfants ou plus.

- La fixation de la période de référence pour le calcul du revenu annuel moyen dépend toutefois du domaine réglementaire, l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale renvoyant à un décret en Conseil d'État les modalités de calcul du salaire de base. En première analyse, l'abaissement de cette période ne nécessite donc pas de modifications législatives pour être mise en œuvre. Il aurait toutefois pu être justifié de prévoir dans la loi que les modalités de calcul du salaire de base peuvent prendre en compte des critères relatifs au nombre d'enfants afin de donner une base législative à la différence de traitement entre les pères et les mères. En effet, l'article 34 de la Constitution dispose que la loi fixe les principes fondamentaux de

la sécurité sociale. Si les modalités concrètes de détermination des différents éléments constitutifs de la pension relèvent bien du domaine réglementaire, l'on peut penser que le fait d'instaurer une différence de traitement conditionnée à un critère tel que la maternité ou le nombre d'enfants relève plutôt du principe.

Cette mesure s'appliquerait aux assurées du régime général et des régimes alignés ainsi qu'aux non-salariées agricoles. Par définition, les fonctionnaires en sont exclues puisque le calcul de leur retraite ne se fonde pas sur les vingt-cinq meilleures années de revenus mais sur le traitement ou la solde soumis à retenue afférents à l'indice correspondant à l'emploi, grade, classe et échelon effectivement détenus depuis six mois ⁽¹⁾.

2. Une attention devra être portée à la conformité de cette mesure au principe d'égalité et de non-discrimination

● L'annexe 9 du projet de loi de financement n'est que peu disert sur les modalités concrètes de rédaction des dispositions réglementaires concernées. Elle se borne à dire que cette mesure aurait un coût pour le système de retraite relativement limité de 0,2 milliard d'euros en 2030 mais de près de 2,2 milliards d'euros à l'horizon de 2050 ⁽²⁾ et qu'elle donnerait la possibilité aux femmes de bénéficier d'une pension à la liquidation supérieure de 1 % en moyenne.

La faisabilité juridique de cette mesure devra toutefois faire l'objet d'une analyse poussée. En effet, en fonction des critères retenus, celle-ci est susceptible d'instaurer une différence de traitement entre les pères et les mères. Afin de respecter le principe d'égalité devant la loi ⁽³⁾, il convient d'assurer que cette différence de traitement soit motivée par des raisons d'intérêt général et qu'elle soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit ⁽⁴⁾.

Dans la mesure où l'arrivée des enfants dans le foyer exerce une vraie influence sur le déroulé de la carrière des femmes et pas sur celle des hommes – ce qui se répercute donc sur les droits à la retraite – il paraît possible de considérer que cette mesure poursuit un motif d'intérêt général – à savoir la réduction des inégalités de pension entre les femmes et les hommes – et que la différence qu'elle instaure est en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit.

Ce raisonnement fut retenu par le Conseil constitutionnel en 2003 au sujet de la majoration de durée d'assurance pour éducation qui, à l'époque, était explicitement réservée aux mères. Le Conseil a ainsi jugé, de façon circonstanciée, *« qu'il appartenait au législateur de prendre en compte les inégalités de fait dont les femmes ont jusqu'à présent été l'objet ; qu'en particulier, elles ont interrompu leur activité professionnelle bien davantage que les hommes afin d'assurer*

(1) Article L. 15 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

(2) À comparer au coût de la prise en compte des MDA, soit 0,4 milliard d'euros en 2045 selon l'annexe 9.

(3) Article 6 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789. Le terme de « loi » devant être entendu dans une large acception incluant également les décrets qui font partie du bloc de légalité.

(4) Décision n° 2009-578 DC du 18 mars 2009, Loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion.

l'éducation de leurs enfants ; [...] qu'en raison de l'intérêt général qui s'attache à la prise en compte de cette situation et à la prévention des conséquences qu'aurait la suppression des dispositions de l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale sur le niveau des pensions servies aux assurées dans les années à venir, le législateur pouvait maintenir, en les aménageant, des dispositions destinées à compenser des inégalités normalement appelées à disparaître » ⁽¹⁾.

Le commentaire de la décision montre toutefois que le Conseil constitutionnel a pris en compte des éléments de fait pour motiver sa décision en droit. Il a notamment reconnu que « *dans l'absolu, le principe d'égalité [s'opposait] donc à ce que soient réservées aux seules femmes des avantages sociaux dont l'objet est de compenser les charges entraînées par l'éducation d'un ou plusieurs enfants* » mais que, eu égard aux « *puissants motifs d'intérêt général* » qui justifiait le traitement différencié des assurées – au titre desquels se trouvait la poursuite de l'égalité entre les femmes et les hommes, mais également les conséquences qu'aurait entraîné une censure du dispositif sur la retraite des femmes ou les exigences de sécurité juridique – il pouvait s'abstenir de prononcer la censure.

Il ne fait pas de doute que la situation relative des femmes et des hommes en matière de droits à la retraite appelle encore aujourd'hui des mesures de correction. S'agissant du levier du salaire annuel moyen, l'on rappellera que, sur le champ des monopensionnés du régime général, le salaire annuel moyen des retraitées de l'année 2022 s'élevait à 19 000 euros, soit 26 % de moins que les hommes. Cet écart ne diminue que très faiblement lorsque l'on considère le salaire annuel moyen des seuls retraités à carrières complètes (20 %) ⁽²⁾. En supprimant la prise en compte de la ou des deux plus mauvaises années de salaire, la réforme envisagée par le Gouvernement pourrait donc contribuer à revaloriser le salaire annuel moyen des femmes. Il poursuit donc un objectif d'intérêt général et est en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit.

● En revanche, sur le plan du droit de l'Union européenne, la conformité au principe de non-discrimination applicables aux régimes légaux de sécurité sociale ⁽³⁾ d'une mesure qui concernerait uniquement les femmes n'apparaît pas aller de soi, soit qu'elle constitue une discrimination directe, si l'on précise que les mères d'enfants bénéficient d'un avantage dont ne bénéficieraient pas les pères des mêmes enfants, soit qu'elle constitue une discrimination indirecte si l'on ménage des critères qui, sans viser explicitement les mères, font que seules les mères pourront effectivement en bénéficier ⁽⁴⁾.

(1) Décision n° 2003-483 DC du 14 août 2003, Loi portant réforme des retraites.

(2) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, mai 2024, p. 132.

(3) Article 7 de la directive 79/7/CEE du Conseil, du 19 décembre 1978, relative à la mise en œuvre progressive du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière de sécurité sociale.

(4) Cette notion de discrimination indirecte est toutefois absente de la jurisprudence du Conseil constitutionnel et du Conseil d'État s'agissant de mesures de « discriminations positives » à l'égard des retraites des femmes (cf. encadré ci-après).

L'on notera d'ailleurs que la « surcote pour les mères de famille » instituée par la réforme des retraites de 2023 ⁽¹⁾, est en réalité un dispositif qui s'applique juridiquement à tous les assurés qui bénéficient d'au moins un trimestre de majoration de durée d'assurance au titre de la maternité, de l'adoption, de l'éducation des enfants ou d'un congé parental ⁽²⁾. Il serait donc probablement plus sûr sur le plan juridique d'utiliser le critère du bénéfice d'un trimestre de majoration pour moduler la période de référence du calcul du revenu annuel moyen que le nombre d'enfants en tant que tel. Une autre solution consisterait à fonder la différence de traitement sur un critère lié à l'accouchement en la réservant aux personnes justifiant de périodes assimilées validées au titre de la perception d'indemnités journalières de maternité. Seules les mères peuvent en bénéficier et les cadres constitutionnel et européen reconnaissent la validité des mesures relatives à la protection des mères en raison de la maternité ⁽³⁾ ou des mesures de compensation des conséquences professionnelles résultant de leur éloignement du travail lors de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement ⁽⁴⁾.

(1) *Ce dispositif permet de bénéficier de la surcote pour les trimestres cotisés en sus de la durée d'assurance minimale dès l'année précédant l'âge légal de départ.*

(2) *Article L. 351-1-2-1 du code de la sécurité sociale.*

(3) *Article 4 de la directive 79/7/CEE du Conseil, du 19 décembre 1978, relative à la mise en œuvre progressive du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière de sécurité sociale.*

(4) *Voir notamment le commentaire de la décision n° 2003-483 DC du 14 août 2003, Loi portant réforme des retraites.*

Pensions de retraite et discriminations indirectes

Dans un arrêt du 29 novembre 2001, la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) s'était prononcée dans le cadre d'une question préjudicielle transmise par le Conseil d'État sur la conformité au principe de l'égalité des rémunérations du droit français qui prévoyait une bonification pour le calcul des pensions de retraite des femmes fonctionnaires ayant assuré l'éducation de leurs enfants ⁽¹⁾. Elle a considéré que ce principe s'opposait à ce qu'une telle bonification, qui n'était pas liée à la période de maternité, ne puisse être accordée qu'aux femmes alors que les hommes ayant assuré l'éducation de leurs enfants seraient exclus de son bénéfice.

Dans sa décision du 29 juillet 2002, dite « Griesmar », le Conseil d'État en a tiré les conséquences en indiquant qu'un père fonctionnaire ayant assuré l'éducation de ses enfants devait pouvoir bénéficier de la bonification d'un an par enfant prévue à l'article L. 12 du code des pensions civiles et militaires de retraites. Le législateur a par la suite modifié l'état du droit afin d'ouvrir la bonification aux pères tout en ajoutant une condition d'arrêt de travail de deux mois pour pouvoir en bénéficier, afin de cibler le dispositif en direction des femmes, sans le mentionner explicitement ⁽²⁾.

Dans un arrêt rendu le 17 juillet 2014 dit « Leone » suite à une question préjudicielle de la cour administrative d'appel de Lyon ⁽³⁾, la CJUE a considéré que cette condition d'arrêt de travail, sauf à pouvoir être justifiée par des facteurs objectifs étrangers à toute discrimination fondée sur le sexe, tels qu'un objectif légitime de politique sociale, et à être propre à garantir l'objectif invoqué et nécessaire à cet effet, engendrait une discrimination indirecte en matière de rémunération entre travailleurs féminins et travailleurs masculins.

Le Conseil d'État ne s'est toutefois pas rallié à cette interprétation, jugeant que la différence de traitement dont bénéficiaient indirectement les femmes mères d'enfants du fait de cette bonification était objectivement justifiée par un objectif légitime de politique sociale : compenser les retards et préjudices de carrière manifestes qui les ont pénalisées ⁽⁴⁾.

*

* *

(1) CJUE, 29 novembre 2001, n° C-366/99, Griesmar c/ Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie.

(2) Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

(3) CJUE, 17 juillet 2013, n° C-173/13, Leone c/ Garde des Sceaux, ministre de la justice.

(4) Conseil d'État, Assemblée, 27 mars 2015, n° 372426, Quintanel.

Article 45 bis

Suspension du report de l'âge légal de départ à la retraite et du relèvement de la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une retraite au taux plein

Cet article, issu de la lettre rectificative déposée par le Gouvernement le 23 octobre 2025, matérialise, mais de façon partielle, l'engagement pris par le Premier ministre le 14 octobre dernier devant l'Assemblée nationale.

L'article décale d'une génération le rythme du calendrier de report de l'âge de départ à la retraite de 62 à 64 ans. Concrètement, les assurés des générations 1964 à 1968 pourraient partir trois mois plus tôt qu'actuellement.

L'article abaisse également d'un trimestre la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une pension de retraite au taux plein pour les générations 1964 et 1965.

En l'état actuel, l'article ne s'applique toutefois pas aux assurés des générations 1964 et 1965 pouvant prétendre à un départ anticipé pour carrières longues, ni aux fonctionnaires des catégories dites « active » et « super-active ».

Enfin, il exclut de son champ d'application les assurés relevant des régimes de retraite de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte.

I. LE DROIT EXISTANT

1. L'âge d'ouverture des droits fait l'objet d'un report de 62 à 64 ans

a. L'âge d'ouverture des droits est progressivement reporté à 64 ans

• La loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023 a prévu le report progressif de l'âge légal de départ à la retraite à 64 ans dans l'objectif de diminuer les dépenses totales de prestations de vieillesse sous le double effet de la diminution du nombre de personnes retraitées et de la durée passée à la retraite ⁽¹⁾.

L'augmentation de l'âge d'ouverture des droits s'applique à l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse : au régime général comme au régime agricole ou à celui de la fonction publique. Notamment, par un jeu de renvoi, le recul « de droit commun » de deux ans entraîne une augmentation identique de l'âge d'ouverture des droits anticipée applicable aux catégories active et super-active de la fonction publique ⁽²⁾.

(1) Article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

CALENDRIER DU RELÈVEMENT DE L'ÂGE LÉGAL DE DÉPART À LA RETRAITE

Génération concernée	Âge légal de départ (sauf dispositifs spéciaux)
Assurés nés avant le 1 ^{er} septembre 1961	62 ans
Assurés nés entre le 1 ^{er} septembre et le 31 décembre 1961	62 ans et 3 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1962	62 ans et 6 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1963	62 ans et 9 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1964	63 ans
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1965	63 ans et 3 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1966	63 ans et 6 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1967	63 ans et 9 mois
Assurés nés à partir du 1 ^{er} janvier 1968	64 ans

Source : article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale.

À la date d'examen du présent projet de loi de financement, l'âge légal de départ le plus tardif est donc de 62 ans et 9 mois et concerne les assurés de la génération 1963, lesquels atteignent progressivement l'âge auquel ils peuvent partir à la retraite selon leur date de naissance dans l'année (entre le 1^{er} octobre 2025 et le 1^{er} octobre 2026). Les assurés de la génération 1964, ne pourront quant à eux liquider leurs droits qu'à compter du 1^{er} janvier 2027.

Les catégories active et super-active dans la fonction publique

Au sein des trois fonctions publiques, deux catégories d'emploi, « *présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles* », ouvrent le droit à un départ anticipé à la retraite aux termes de l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite :

– la catégorie active : les fonctionnaires totalisant au moins dix années de services en catégorie active bénéficient d'un âge de départ à la retraite progressivement relevé de trois mois par an pour atteindre 59 ans en 2030 à la suite de la réforme de 2023. Les emplois de la catégorie active sont classés par décret ⁽¹⁾ pour la fonction publique d'État et par arrêté ministériel ⁽²⁾ pour les fonctions publiques territoriale et hospitalière. Ils comprennent, notamment, les aides-soignants, les sapeurs-pompiers professionnels ou encore les agents de police municipale ;

– la catégorie super-active : dans le respect de la durée de services super-actifs définie pour chaque emploi, cette catégorie d'emploi bénéficie d'un âge minimum de départ à la retraite relevé de trois mois par an pour atteindre 54 ans en 2030 à la suite de la réforme de 2023. Les emplois super-actifs sont plus restreints. Il s'agit des contrôleurs aériens, des identificateurs de l'Institut médico-légal de la préfecture de police de Paris, des fonctionnaires des réseaux souterrains des égouts, des personnels de surveillance pénitentiaire et des fonctionnaires des services actifs de la police nationale.

Pour autant, l'âge d'annulation de la décote, auquel le taux plein est accordé à l'assuré quelle que soit la durée de cotisation, a été maintenu à son niveau antérieur par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale de 2023. Cet âge est désormais de trois ans supérieur à l'âge d'ouverture des droits, soit 67 ans en droit commun. Il en est de même pour les catégories active et super-active de la fonction publique dont les âges du taux plein sont désormais respectivement de 62 et 57 ans.

b. Un calendrier adapté au rythme de la convergence des régimes à Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte

À la suite de la réforme de 2023, la loi du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 a adapté le calendrier d'application du report de l'âge d'ouverture des droits à la retraite à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte ⁽³⁾. En effet, l'âge dans ces deux territoires n'est pas encore aligné avec celui applicable dans l'Hexagone et dans les autres départements et régions d'outre-mer et fait l'objet d'une convergence progressive.

La cible de 64 ans serait ainsi atteinte avec un an de décalage à Mayotte et deux ans de décalage à Saint-Pierre-et-Miquelon.

(1) Décret n° 54-832 du 13 août 1954 portant règlement d'administration publique pour la codification de lois et de règlements d'administration publique relatifs aux pensions civiles et militaires de retraite.

(2) Arrêté du 12 novembre 1969 relatif au classement des emplois des agents des collectivités locales en catégories A et B.

(3) Article 90 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Génération concernée	Âge légal de départ à Saint-Pierre-et-Miquelon	Âge légal de départ à Mayotte
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1961	61 ans et 7 mois	62 ans
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1962	62 ans	62 ans et 3 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1963	62 ans et 3 mois	62 ans et 6 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1964	62 ans et 6 mois	62 ans et 9 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1965	62 ans et 9 mois	63 ans
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1966	63 ans	63 ans et 3 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1967	63 ans et 3 mois	63 ans et 6 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1968	63 ans et 6 mois	63 ans et 9 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1969	63 ans et 9 mois	64 ans
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1970	64 ans	64 ans

Source : commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

2. La réforme des retraites a également prévu l'accélération du calendrier de relèvement du nombre de trimestres requis pour bénéficier du taux plein

a. Un relèvement initialement prévu par la réforme des retraites de 2014

• En application de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, le montant des pensions versées par le régime général résulte de l'application au salaire annuel moyen (SAM) d'un taux dont le niveau maximal est appelé « taux plein » et est atteint lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance requise ⁽¹⁾. Cette durée d'assurance requise (DAR) s'apprécie dans l'ensemble des régimes d'affiliation de l'assuré et est atteinte lorsque ce dernier a validé un certain nombre de trimestres qui varie selon les générations. La plupart des autres régimes fonctionnent selon un mécanisme similaire par lequel le montant maximal de pension dépend de la durée d'assurance requise de sorte que cet élément joue un rôle essentiel dans la détermination du niveau des pensions acquises par les retraités.

Avant l'adoption de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, la durée d'assurance requise évoluait selon un calendrier fixé par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites qui avait fixé comme cible une durée de 172 trimestres soit quarante-trois annuités.

(1) S'applique à ce montant un coefficient de proratisation qui permet d'ajuster le montant de la pension au prorata de la durée effectivement validée dans le régime.

**DURÉE D'ASSURANCE REQUISE, EN APPLICATION DE LA LOI DU 20 JANVIER 2014, POUR
BÉNÉFICIER D'UNE RETRAITE À TAUX PLEIN, POUR LES SALARIÉS ET LES
FONCTIONNAIRES « SÉDENTAIRES »**

Génération concernée	Durée d'assurance requise avant la réforme (trimestres)	Durée d'assurance requise après la réforme (trimestres)	Nombre de trimestres supplémentaires requis
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier 1955 et le 31 décembre 1957	166	166	0
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier 1958 et le 31 décembre 1960	166	167	1
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier 1961 et le 31 décembre 1963	166	168	2
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier 1964 et le 31 décembre 1966	166	169	3
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier 1967 et le 31 décembre 1969	166	170	4
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier 1970 et le 31 décembre 1972	166	171	5
Assurés nés à partir du 1 ^{er} janvier 1973	166	172	6

Source : commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Tout en conservant la même cible, la LFRSS 2023 a considérablement accéléré ce calendrier en imposant une marche croissante d'un trimestre par génération, là où le « calendrier Touraine » ne prévoyait qu'un trimestre supplémentaire tous les trois ans.

**ÉVOLUTION DE LA DURÉE DE COTISATION REQUISE POUR BÉNÉFICIER
D'UNE RETRAITE À TAUX PLEIN EN APPLICATION DE L'ARTICLE 10
DE LA LOI DE FINANCEMENT RECTIFICATIVE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2023**

Génération concernée	Durée d'assurance requis avant la réforme (trimestres)	Durée d'assurance requis après la réforme (trimestres)	Nombre de trimestres supplémentaires requis
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 août 1961	168	168	0
Assurés nés entre le 1 ^{er} septembre et le 31 décembre 1961	168	169	1
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1962	168	169	1
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1963	168	170	2
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1964	169	171	2
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1965	169	172	3
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1966	169	172	3
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1967	170	172	2
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1968	170	172	2
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1969	170	172	2
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1970	171	172	1
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1971	171	172	1
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1972	171	172	1
Assurés nés à partir du 1 ^{er} janvier 1973	172	172	0

Source : commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

3. En parallèle du relèvement de l'âge de départ, des dispositifs de retraite anticipée ont été adaptés

a. Des dispositifs de retraite anticipés maintenus pour les plus fragiles

Malgré le relèvement progressif de l'âge légal de départ à la retraite, la loi de financement rectificative de la sécurité sociale a maintenu ou créé des âges anticipés de départ à taux plein dans différentes situations.

i. La retraite pour incapacité permanente

La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a créé un dispositif de retraite anticipée à taux plein en cas d'incapacité permanente pour des raisons professionnelles pour les salariés du secteur privé. Aux termes de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale, il concerne :

– les personnes souffrant d'une incapacité permanente au moins égale à un taux déterminé par décret (supérieur ou égal à 20 %), reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou ayant connu un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle ⁽¹⁾. Elles peuvent faire valoir leurs droits à 60 ans dans les dispositions modifiées par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale ;

– les personnes souffrant d'une incapacité permanente d'un taux inférieur au précédent (entre 10 et 19 %), reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail. Elles peuvent partir deux ans avant l'âge légal d'ouverture des droits, soit 62 ans, en l'état du droit résultant de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale.

ii. La retraite pour inaptitude

• Alors que l'âge légal de départ à la retraite s'établira progressivement à 64 ans en application de la réforme de 2023, un âge anticipé a été créé à l'article L. 351-1-5 du code de la sécurité sociale. Il concerne les assurés reconnus inaptes ou ceux justifiant d'une incapacité permanente au moins égale à un taux.

En effet, avant la loi de financement rectificative de la sécurité sociale, la retraite pour invalidité ou inaptitude concernant les assurés atteints d'une incapacité de travail n'offrait aucune possibilité de départ anticipé mais elle permettait de bénéficier d'une retraite au taux plein dès l'âge légal, quelle que soit la durée de cotisations validée.

Avec un âge anticipé fixé à 62 ans par le pouvoir réglementaire, les personnes éligibles à ce dispositif n'ont donc pas été concernées par le relèvement de l'âge légal à 64 ans. Ce dispositif s'est appliqué aux assurés du régime général, mais aussi aux non-salariés agricoles, aux ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses, aux professions libérales et aux avocats.

• Par ailleurs, cet âge de départ anticipé sert de référence dans diverses situations dans lesquelles les personnes bénéficiaires d'autres prestations peuvent liquider leurs droits à la retraite. Il s'agit notamment :

– de l'aide à la vie familiale et sociale des anciens migrants dans leur pays d'origine prévue à l'article L. 117-3 du code de l'action sociale et des familles ;

– du revenu de solidarité active créé à l'article L. 262-10 du même code ;

(1) Une liste des maladies professionnelles éligibles à ce dispositif est fixée par arrêté.

– de l'allocation aux adultes handicapés de l'article L. 351-7-1 A du code de la sécurité sociale ;

– des allocations de chômage régi par l'article L. 5421-4 du code du travail.

iii. La retraite anticipée des travailleurs handicapés

Le dispositif de retraite anticipée des travailleurs handicapés (RATH) a été créé par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. En application de l'article L. 351-1-3 du code de la sécurité sociale, l'âge d'ouverture des droits peut ainsi être abaissé jusqu'à l'âge de 55 ans pour les assurés handicapés.

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale a maintenu ces dispositions malgré le relèvement de l'âge de départ à la retraite de droit commun. Initialement applicables aux assurés du régime général et des régimes alignés, elles ont ensuite été étendues aux régimes spéciaux, des professions libérales ainsi que de la fonction publique.

b. Le dispositif de retraite anticipée pour carrière longue a été adapté

Le dispositif de retraite anticipée pour carrière longue a également été mis en place par la loi précitée du 21 août 2003. Le mécanisme initial prévoyait que l'âge légal d'ouverture des droits pouvait être abaissé d'un à quatre ans sous réserve de la satisfaction de conditions de durée totale d'assurance, de durée de cotisations et d'âge de début d'activité.

Préalablement à la loi de financement rectificative de la sécurité sociale, le bénéfice de la retraite anticipée pour carrière longue était octroyé à la double condition suivante :

– avoir débuté son activité avant un âge déterminé ;

– avoir cotisé une durée minimale.

La première condition était satisfaite dès lors que l'assuré réunissait au moins cinq trimestres à la fin de l'année civile de :

– son vingtième anniversaire, pour un départ à partir de 60 ans, avec une durée d'assurance requise supérieure de huit trimestres à celle du taux plein ;

– son seizième anniversaire, pour un départ à partir de 58 ans, avec une durée de cotisation requise égale à celle du taux plein.

Prenant en compte le recul de l'âge d'ouverture des droits et l'accélération de l'allongement de la durée de cotisation imposés en droit commun, la loi de financement rectificative de la sécurité sociale a acté une plus grande progressivité du dispositif pour carrière longue en prévoyant, notamment à l'article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale, un départ en retraite anticipée pour les assurés ayant

commencé leur activité à un âge précoce. Aux termes de l’article L. 351-1-1 A, l’âge de départ à la retraite est abaissé d’au moins un an pour ces assurés.

ÂGE D’OUVERTURE DES DROITS SELON L’ÂGE DE DÉBUT D’ACTIVITÉ

Début d’activité avant l’âge de :	Âge d’ouverture des droits
16 ans	58 ans
18 ans	60 ans
20 ans	62 ans
21 ans	63 ans

Source : article D. 351-1-1 du code de la sécurité sociale tel que modifié par le décret du 3 juin 2023.

Par ailleurs, le dispositif de carrière longue s’applique également aux régimes des fonctionnaires, des professions libérales, des avocats et des personnes non salariées des professions agricoles. Ces dernières bénéficient, en outre, d’un abaissement de la durée de cotisation maximale d’assurance, égale à 167 trimestres, pour le dispositif carrière longue.

II. LE DROIT PROPOSÉ

● À l’occasion de la déclaration qu’il a faite devant l’Assemblée nationale lors de la séance du mardi 14 octobre 2025 en application de l’article 50-1 de la Constitution, le Premier ministre a très précisément prononcé les mots suivants :

« Je proposerai au Parlement, dès cet automne, que nous suspendions la réforme de 2023 sur les retraites jusqu’à l’élection présidentielle. Aucun relèvement de l’âge n’interviendra à partir de maintenant jusqu’à janvier 2028, comme l’avait précisément demandé la CFDT. En complément, la durée d’assurance sera elle aussi suspendue et restera à 170 trimestres jusqu’à janvier 2028. »

Le présent article, issu d’une lettre rectificative délibérée en Conseil des ministres et déposée sur le bureau de l’Assemblée nationale le jeudi 23 octobre 2025, matérialise cet engagement. Toutefois, la rapporteure constate que cet engagement n’est que partiellement tenu et ce, à un double titre. D’abord car la reprise du calendrier « Borne » débutera avant le 1^{er} janvier 2028, tant en ce qui concerne le report de l’âge que le relèvement de la durée d’assurance. Ensuite car une partie de nos concitoyens, qu’il s’agisse des personnes éligibles à un départ anticipé pour carrière longue ou celles résidant à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte, n’en bénéficieront pas.

1. Une suspension de la réforme des retraites en « trompe-l’œil »

● Le **I** de l’article 45 *bis* modifie l’article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale pour fixer dans la loi le nouveau calendrier de report de l’âge légal d’ouverture des droits.

En application du **1°**, l’âge de 64 ans serait ainsi décalé d’une génération et s’appliquerait pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1969. Le **2°** décline quant

à lui l'âge de départ pour toutes les générations nées entre le 1^{er} septembre 1961 et le 31 décembre 1968.

À compter de la génération née en 1964, les assurés de chaque génération bénéficieraient d'une anticipation de trois mois de leur âge de départ par rapport à la situation résultant de la réforme de 2023.

● S'agissant de la durée d'assurance, le Gouvernement a fait le choix de créer une disposition dérogatoire non codifiée plutôt que de modifier l'article L. 161-17-3 du code de la sécurité sociale qui décline le calendrier de son relèvement. En application du **IV**, les assurés nés en 1964 et en 1965 dont la pension servie par un régime de base français prendrait effet à compter de l'âge légal de départ, la durée d'assurance serait réduite d'un trimestre.

Cela conduit à ne pas appliquer le gel du relèvement de la durée d'assurance aux assurés partant en départ anticipé ⁽¹⁾. Les assurés des générations 1964 et 1965 ayant débuté précocement leur carrière ne pourront donc prétendre à un départ anticipé pour carrières longues avant d'avoir atteint respectivement 171 et 172 trimestres d'assurance. L'annexe 9 rectifiée précise en outre que le Gouvernement entend prendre un décret pour maintenir la trajectoire de relèvement de l'âge de départ des assurés pouvant bénéficier d'une retraite anticipée pour carrière longue lorsqu'ils ont commencé à travailler avant 20 ans.

Relèvement progressif de l'âge de départ à la retraite pour les assurés ayant débuté leur carrière avant 20 ans

Pour les assurés nés entre le 1^{er} septembre 1961 et le 31 décembre 1969, l'âge de départ anticipé est adapté, compte tenu de l'augmentation progressive de l'âge légal de départ à la retraite, et dans les conditions prévues au II de l'article D. 351-1-1 du code de la sécurité sociale. En cas de début d'activité avant 20 ans, l'âge minimal de départ anticipé varie de 60 à 61 ans et 9 mois selon l'année de naissance :

- pour les assurés nés du 1^{er} septembre 1961 au 31 août 1963, l'âge d'ouverture de droits à la RACL est fixé à 60 ans ;
- pour les assurés nés entre le 1^{er} septembre 1963 et le 31 décembre 1968, l'âge d'ouverture de droits à la RACL est fixé deux ans et six mois avant leur âge légal de départ à la retraite selon le calendrier présenté dans le tableau ci-après ;
- pour les assurés nés en 1969, l'âge d'ouverture de droit à la RACL est fixé à 61 ans et 9 mois.

Source : circulaire Cnav 2023-14 du 10 juillet 2023.

Le **II** modifie le code des pensions civiles et militaires de retraite afin d'effectuer les coordinations nécessaires pour les fonctionnaires : le **1^o** modifie l'article L. 13 afin de préciser que la durée d'assurance requise pour le bénéfice

(1) À l'exclusion notable des assurés justifiant d'une incapacité permanente comprise entre 10 % et 19 % dont l'âge est fixé par rapport à la condition d'âge d'ouverture des droits « abaissée de deux ans » en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale.

d’une pension au pourcentage maximum est atteinte si l’assuré justifie d’un nombre de trimestres équivalant à celui mentionné « à l’article L. 161-17-3 du code de la sécurité sociale » plutôt que de ne conserver qu’un alignement sur la cible de 172 trimestres (« le 6° de l’article L. 161-17-3 » précité). Ce renvoi permet un alignement automatique du calendrier applicable à la fonction publique sur celui du régime général.

ÉVOLUTION DE L’ÂGE DE DÉPART ET DE LA DURÉE D’ASSURANCE REQUISE POUR LES ASSURÉS AYANT COMMENCÉ À TRAVAILLER AVANT 20 ANS

Génération concernée	Âge de départ possible	Durée d’assurance requise	Anticipation par rapport à l’âge légal
Assurés nés entre le 1 ^{er} septembre 1961 et le 31 août 1963	60 ans	Entre 169 et 170	Entre 2 ans et 3 mois (1961) et 2 ans et 9 mois (1963)
Assurés nés entre le 1 ^{er} septembre et le 31 décembre 1963	60 ans et 3 mois	170	2 ans et 6 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1964	60 ans et 6 mois	171	2 ans et 6 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1965	60 ans et 9 mois	172	2 ans et 6 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1966	61 ans	172	2 ans et 6 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1967	61 ans et 3 mois	172	2 ans et 6 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1968	61 ans et 6 mois	172	2 ans et 6 mois
Assurés nés entre le 1 ^{er} janvier et le 31 décembre 1969	61 ans et 9 mois	172	2 ans et 3 mois
Assurés nés à partir du 1 ^{er} janvier 1970	62 ans	172	2 ans

Source : commission des affaires sociales de l’Assemblée nationale.

Pour cette raison, les dispositions transitoires relatives aux fonctionnaires « sédentaires » prévues aux 2° à 4° du A du XXIV de l’article 10 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 n’ont plus d’objet et doivent être supprimées, ce à quoi procède le **III**.

De la même manière que pour le dispositif « carrières longues », le gel ne s’appliquerait pas en l’état aux fonctionnaires ayant exercé des emplois en catégories active ou super-active.

• De plus, si l’on s’intéresse à la maille plus fine du mois de l’année auquel les assurés peuvent prétendre à un départ en retraite, l’on observe que l’engagement du Premier ministre consistant à geler tout report de l’âge et tout relèvement de la durée d’assurance requise jusqu’au 1^{er} janvier 2028 n’est pas tenu. Voici en effet le calendrier des départs tels que cet article le prévoirait pour les générations 1963 à 1965 :

CALENDRIER DE REPORT DE L'ÂGE DE DÉPART EN CAS DE SUSPENSION POUR LA SEULE GÉNÉRATION 1964 ET EN CAS DE GEL JUSQU'AU 1^{ER} JANVIER 2028

Génération	Âge d'ouverture des droits avec suspension (article 45 bis)	Date de départ possible (article 45 bis)	Âge d'ouverture des droits avec suspension jusqu'au 1 ^{er} janvier 2028	Date de départ possible avec suspension jusqu'au 1 ^{er} janvier 2028
1963	62 ans et 9 mois	1 ^{er} octobre 2025 au 1 ^{er} octobre 2026	62 ans et 9 mois	1 ^{er} octobre 2025 au 1 ^{er} octobre 2026
1964	62 ans et 9 mois	1 ^{er} octobre 2026 au 1 ^{er} octobre 2027	62 ans et 9 mois	1 ^{er} octobre 2026 au 1 ^{er} octobre 2027
1 ^{er} janvier 1965 au 31 mars 1965	63 ans	1 ^{er} janvier 2028 au 1 ^{er} janvier 2028	62 ans et 9 mois	1 ^{er} octobre 2027 au 1 ^{er} janvier 2028
1 ^{er} avril 1965 au 31 décembre 1965	63 ans	1 ^{er} janvier 2028 au 1 ^{er} janvier 2029	63 ans	1 ^{er} janvier 2028 au 31 septembre 2028

Source : commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Autrement dit, si le calendrier de report de l'âge de départ en retraite était réellement gelé jusqu'au 1^{er} janvier 2028, alors les assurés nés au cours du premier trimestre de l'année 1965 devraient en toute théorie pouvoir bénéficier d'un maintien de l'âge de départ à 62 ans et 9 mois, ce qui leur permettrait de partir entre le 1^{er} octobre 2027 et le 1^{er} janvier 2028.

Si l'on suivait cette logique, alors un véritable gel de l'âge à 62 ans et 9 mois jusqu'au 1^{er} janvier 2028 conduirait également à ce que les assurés nés au premier trimestre de l'année 1965 puissent bénéficier d'un maintien de leur durée d'assurance à 170 trimestres.

La distinction qui serait ainsi faite au sein de la génération 1965 ne saurait constituer une rupture d'égalité, sauf à considérer que le choix fait par le Gouvernement en 2023 de n'appliquer le report de l'âge légal et le relèvement de la durée d'assurance qu'aux assurés nés à compter du 1^{er} septembre 2023 (et non pas ceux nés au cours des huit mois précédents) constituait lui-même et déjà une rupture d'égalité devant la loi. Or, le Conseil constitutionnel a jugé que les mesures d'âge et de durée d'assurance prévue par la LFRSS 2023 « ne [méconnaissaient] ni les exigences de l'article 1^{er} de la Constitution ni aucune autre exigence constitutionnelle » ⁽¹⁾.

2. L'exclusion de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte de la suspension de la réforme

● Compte tenu de leur calendrier propre de relèvement de l'âge de départ à la retraite, l'âge de départ le plus élevé actuellement applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte est respectivement de 62 ans et 3 mois et de 62 ans et 6 mois.

(1) Conseil constitutionnel, décision n° 2023-849 DC du 14 avril 2023, considérant n° 97.

Or, et malgré le fait que le report de l'âge dans ces deux régimes particuliers soit bien la résultante de la réforme des retraites de 2023, l'article 45 *bis* ne prévoit aucune suspension à Saint-Pierre-et-Miquelon ni à Mayotte.

Cela n'est manifestement pas un oubli puisque le V apporte précisément les coordinations nécessaires pour maintenir la trajectoire actuelle de report de l'âge légal à Saint-Pierre-et-Miquelon, les dispositions relatives à l'âge applicable dans cette collectivité étant fixées et modulées par référence à celles de droit commun.

Aucune coordination n'est nécessaire à Mayotte pour maintenir la trajectoire actuelle puisque les dispositions transitoires relatives au report de l'âge départ en retraite sont fixées directement dans l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et à l'article 2 du décret n° 2003-589 du 1^{er} juillet 2003 ⁽¹⁾.

3. L'effet budgétaire de cette mesure est limité pour 2026

- La suspension d'une génération du report de l'âge légal et de la durée d'assurance requise engendrerait des dépenses supplémentaires pour la branche vieillesse. Celles-ci seraient toutefois très marginales l'année prochaine puisque l'annexe 9 fait état d'une moindre économie de 100 millions d'euros, lesquelles résultent principalement du fait que certaines personnes nées au premier trimestre de 1964 pourraient anticiper leur départ dès le dernier trimestre 2026.

Pour l'année 2027, le coût grimperait à 1,4 milliard d'euros du fait de l'application « en année pleine » des mesures de suspension.

- Si la rapporteure salue l'intégration par lettre rectificative de cette mesure acquise de haute lutte par la mobilisation politique, syndicale et citoyenne, force est de constater que les paramètres retenus ne sont pas satisfaisants. L'exclusion des personnes ayant commencé à travailler tôt et de nos concitoyens saint-pierrais-et-miquelonnais et mahorais de la mesure de gel de la réforme des retraites n'est pas acceptable.

Il en va de même du fait que les assurés nés au premier trimestre 1965 ne pourront pas bénéficier d'un départ à 62 ans et 9 mois alors même que le gel jusqu'au 1^{er} janvier 2028 aurait dû les conduire à pouvoir partir au dernier trimestre de l'année 2027.

La promesse n'est donc que partiellement tenue et la rapporteure continuera de lutter contre cette réforme des retraites inique et rejetée par la population.

*

* *

(1) Décret n°2003-589 du 1er juillet 2003 portant application des dispositions du titre II (Assurance vieillesse) et du chapitre Ier du titre VI (Allocation spéciale pour les personnes âgées) de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

TITRE II

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 46

Dotations de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé

Le présent article fixe le montant pour 2026 :

- de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation de l'investissement en santé (FMIS), établie à 401 millions d'euros, et destinée à financer les investissements dans le domaine sanitaire ;
- de la dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux agences régionales de santé (ARS), stabilisée à 190 millions d'euros, et destinée à financer des dispositifs d'accès aux droits, de coordination des interventions et d'appui aux politiques de soutien à la perte d'autonomie.

I. LA PARTICIPATION DES BRANCHES MALADIE ET AUTONOMIE AU FINANCEMENT DU FMIS

A. UN FONDS DESTINÉ À SOUTENIR LES INVESTISSEMENTS DES ÉTABLISSEMENTS

• Le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), dont la gestion est confiée à la Caisse des dépôts et consignations, a été créé **le 1^{er} janvier 2021** ⁽¹⁾, par transformation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Son périmètre a alors été étendu aux établissements médico-sociaux et aux structures d'exercice coordonné en ville.

Dépourvu de personnalité juridique, ce fonds est alimenté en cours d'année *via* des délégations de crédits opérées par circulaire ministérielle.

Il contribue au financement des dépenses d'investissement des établissements de santé et de leurs groupements, ainsi qu'aux investissements numériques pour les secteurs sanitaire et médico-social. Il prend également en charge les financements pour l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et pour l'Agence du numérique en santé (ANS).

• La transformation du FMESPP en FMIS a accompagné la forte augmentation de la dotation de ce fonds, sous l'effet du « Ségur de la santé ». En effet, le volet « investissement » du Ségur, qui s'étale sur plusieurs années, transite en grande partie par le FMIS, lequel délègue ensuite les crédits aux agences

(1) Article 49 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

régionales de santé (ARS) qui assurent la gestion des projets d'investissement. Trois priorités ont été assignées à ces dotations : les projets d'investissement prioritaires des établissements de santé ⁽¹⁾, leurs investissements du quotidien ⁽²⁾, ainsi que le rattrapage du numérique en santé et dans le médico-social.

Outre les dotations du Ségur, transitent également par le FMIS des dotations d'investissement qui préexistaient, et financent notamment, en 2024, les aides à la création de maisons de santé pluridisciplinaires, à la création de six nouvelles facultés d'odontologie ou encore certains investissements des services d'aide médicale urgente (Samu). Le FMIS accompagne également la numérisation de l'anatomocytopathologie dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre le cancer.

• Dans le secteur médico-social, le FMIS finance à titre principal le programme « ESMS numérique » qui vise à généraliser l'utilisation du numérique dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS), *via* le déploiement d'un dossier usager informatisé (DUI) pour chaque personne accompagnée et l'accélération de la mise en conformité des logiciels métier. Ce programme est financé à hauteur de 600 millions d'euros sur la période 2021-2025, dont 423 millions d'euros issus du Ségur de la santé. Il est actuellement en phase de généralisation, ce qui doit permettre d'en faire bénéficier un peu plus de 36 000 établissements.

B. ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES DOTATIONS

Le tableau ci-après rend compte de l'évolution de la dotation du FMIS, issue à titre principal de la branche maladie (investissements dans les établissements sanitaires et structures d'exercice coordonné) et à titre plus résiduel de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), pour les investissements numériques dans les ESMS. Après une phase de montée en puissance, on observe une réduction progressive des dotations issues du Ségur.

(1) Si les projets dont le coût est supérieur à 150 millions d'euros – ou que les ARS ont souhaité signaler – font l'objet d'une instruction nationale, ce sont, pour tous les projets, les ARS qui font les choix d'allocation des crédits d'aide à l'investissement portés par le FMIS, dans les limites de leur enveloppe régionale.

(2) Ces crédits visent à améliorer rapidement et significativement le fonctionnement des services au quotidien, en remettant à niveau les investissements courants – équipements, installations techniques et rénovations légères – qui ont un fort impact sur les conditions de travail des personnels et sur la qualité des soins.

ÉVOLUTION DES DOTATIONS DU FMIS

(en millions d'euros)

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Dotation branche maladie	1 032	1 035	1 062	894	463	401
Dotation branche autonomie	100	90	87	90	86	0
Dotation globale	1 132	1 125	1 149	984	719	401

Sources : lois de financement de la sécurité sociale.

L'analyse de l'évolution des crédits délégués par le FMIS en fonction de la nature juridique des établissements fait apparaître que les trois quarts des sommes versées sont allées aux établissements publics en 2024.

RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES DES DOTATIONS DU FMIS EN FONCTION DE LEUR NATURE JURIDIQUE

	en 2024	en 2023	en 2022	en 2021	en 2020
Total payé	834 197 615,94 €	761 602 404,45 €	624 444 702,93 €	304 068 656,85 €	260 887 404,78 €
Privé	202 033 299,29 €	145 053 702,66 €	107 934 043,99 €	42 821 717,63 €	8 511 018,55 €
Public	632 164 316,65 €	616 548 701,79 €	516 510 658,94 €	261 246 939,22 €	252 376 386,23 €

Source : FMIS, Rapport annuel 2024, juillet 2025.

1. Dans le domaine sanitaire

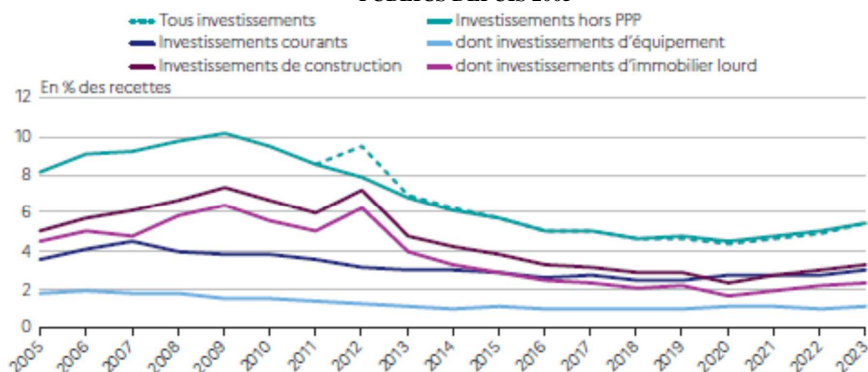
En 2025, la dotation de la branche maladie au FMIS avait initialement été établie à 633 millions d'euros dans le cadre du projet de loi de financement déposé à l'Assemblée nationale en première lecture. Cependant, un amendement gouvernemental a réduit cette dotation à 523 millions d'euros ⁽¹⁾. De surcroît, le Gouvernement a annulé 60 millions d'euros en gestion, dans la foulée de l'avis du comité d'alerte de l'Ondam ⁽²⁾.

• L'annexe 2 indique qu'en 2025, 400 millions d'euros ont été délégués pour les projets d'investissement prioritaires des établissements de santé et 100 millions d'euros pour l'accompagnement de leur investissement courant. Ainsi que l'illustre une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publiée en mai dernier, les dotations allouées par le FMIS dans le cadre du Ségur de la santé ont permis de redresser l'effort d'investissement des hôpitaux, qui n'avait cessé de se réduire depuis le début des années 2010.

(1) Cf. article 95 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(2) Avis du Comité d'alerte n° 2025-3 sur les mesures annoncées afin de répondre au risque sérieux de dépassement de l'objectif fixé par la loi de financement pour 2025 notifié par le comité d'alerte.

EFFORT D'INVESTISSEMENT ET CAPACITÉ D'AUTOFINANCEMENT DES HÔPITAUX PUBLICS DEPUIS 2005



PPP : partenariats public-privé.

Note > Cette distinction des investissements par type n'est pas totalement disjointe car les investissements courants, définis comme l'ensemble des investissements hors immobilier lourd, comprennent une partie des investissements de construction.

Les contrats de partenariats public-privé sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat. Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé » a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 afin d'immobiliser la part d'investissement des PPP, en inscrivant en contrepartie une dette financière au passif. Avant 2011, les PPP figuraient hors bilan et n'étaient pas repérables, ce qui explique la rupture de série en 2011. Ces PPP concernent essentiellement les grands et les très grands centres hospitaliers (dont les centres hospitaliers régionaux).

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.

Source : Drees, *Les établissements de santé en 2023*, édition 2025.

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) ⁽¹⁾ souligne cependant que cette reprise est encore insuffisante pour enrayer l'augmentation de la vétusté du patrimoine hospitalier, alors que les projets fréquemment des retards dans la mise en œuvre.

● Parmi les autres projets d'investissement financés par le FMIS dans le domaine sanitaire en 2025, on peut citer :

– le soutien à un plan visant à atteindre 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sur le territoire en 2027, à hauteur de 15 millions d'euros annuels sur la période 2024-2027 ;

– le soutien aux investissements immobiliers et en équipements pour la création de nouvelles facultés d'odontologie par plusieurs centres hospitaliers ;

– le soutien aux investissements du service d'aide médicale urgente (Samu), en particulier pour leur raccordement IP et pour l'équipement des équipages HéliSmur en jumelles de vision nocturne ;

– le soutien, à hauteur de 50 millions d'euros, de 306 projets retenus pour améliorer la prise en charge des personnes accidentées de la route ;

(1) Pour un pilotage renforcé des investissements immobiliers des établissements de santé : consolider l'expertise et la maîtrise d'ouvrage hospitalière, Igas, octobre 2024.

– des enveloppes d’aide à l’investissement et à la numérisation de l’anatomocytopathologie, pour la quatrième année consécutive, à hauteur de 17 millions d’euros.

2. Dans le domaine médico-social

En 2025, le FMIS a délégué 56 millions d’euros pour les investissements numériques des établissements médico-sociaux, afin de développer les usages du dossier patient informatisé (DPI). En 2024, 21 200 structures avaient bénéficié de financements à ce titre, d’après les statistiques de la CNSA ⁽¹⁾.

C. PERSPECTIVES POUR 2026

En 2026, la dotation de la branche maladie au FMIS continue de se réduire, pour atteindre 401 millions d’euros. Cette évolution n’est pas documentée par l’annexe 2. Si l’on considère la programmation qui avait été faite des investissements prévus dans le cadre du Ségur de la Santé, on constate que le soutien aux investissements du quotidien des établissements avait vocation à s’éteindre en 2026. S’agissant des investissements structurants, le rapport précité de l’Igas souligne le retard pris pour la mise en œuvre des projets dans les établissements de santé.

Par ailleurs, aucune dotation n’est prévue de la part de la branche autonomie pour le FMIS en 2026, contrairement aux années précédentes. Cette évolution correspond à la programmation prévue pour le projet « ESMS numérique », laquelle s’étalait sur la période 2021-2025.

II. LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE AUTONOMIE AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

La CNSA contribue à certaines actions du fonds d’intervention régional (FIR) destinées à financer des dispositifs d’accès aux droits, de coordination des interventions et d’appui aux politiques de soutien à la perte d’autonomie. Cette contribution prend la forme d’une dotation versée chaque année au FIR par la branche autonomie.

Elle soutient notamment le développement des dispositifs d’appui à la coordination des parcours complexes (Dac), créés par la loi dite « OTSS » du 24 juillet 2019 ⁽²⁾, et qui rassemblent l’ensemble des dispositifs de coordination préexistants (notamment les Maia), dans une optique de simplification et de meilleure structuration du parcours des personnes. La CNSA encourage le

(1) <https://www.cnsa.fr/actualites/esms-numerique-ouverture-des-appels-projets-regionaux-et-de-lappel-projets-national>

(2) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et à la transformation du système de santé.

déploiement des Dac et soutient financièrement leur fonctionnement, à hauteur de 98 millions d’euros en 2024 ⁽¹⁾.

La CNSA appuie aussi le développement des groupes d’entraide mutuelle (GEM), organisés sous forme associative et constitués de personnes ayant des troubles de santé ou des situations de handicap similaires, qui les mettent en situation de vulnérabilité et de fragilité. Ces groupes poursuivent un objectif de meilleure intégration On dénombrait plus de 690 GEM au début de l’année 2024, qui ont bénéficié d’un soutien financier de la CNSA à hauteur de 73 millions d’euros en 2024.

Enfin, la CNSA contribue au développement de l’habitat inclusif, comme alternative à l’hébergement permanent en institution (3 millions d’euros en 2024), ainsi qu’à d’autres dispositifs et projets comme le financement des centres régionaux d’études, d’actions et d’informations (Creai) ou encore, dans le champ du handicap, le déploiement du système d’information de suivi des orientations.

Après plusieurs années d’augmentation, il est prévu que la dotation de la branche autonomie au FIR soit stabilisée à 190 millions d’euros pour 2026.

ÉVOLUTION DE LA CONTRIBUTION DE LA CNSA AU FIR

(en millions d’euros)

2021	2022	2023	2024	2025	2026
141,44	168,3	178,4	190	190	190

Source : lois de financement de la sécurité sociale.

*
* *

Article 47

Dotations aux opérateurs financés par le sixième sous-objectif

Cet article fixe, pour 2026, le montant de la dotation de l’assurance maladie à plusieurs opérateurs financés par le sixième sous-objectif de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (Ondam). L’évolution envisagée des dotations est décrite dans le tableau ci-dessous.

(1) Voir l’annexe 7 du présent projet de loi de financement : « Dépenses de la branche autonomie et effort de la Nation en faveur du soutien à l’autonomie ».

ÉVOLUTION DES DOTATIONS AUX OPÉRATEURS
FINANCÉS PAR LE SIXIÈME SOUS-OBJECTIF

<i>(EN MILLIONS D'EUROS)</i>	DOTATIONS EXÉCUTÉES 2023	DOTATIONS EXÉCUTÉES 2024	PLFSS 2025	DOTATION 2025 APRÈS ANNULATIONS DE CRÉDITS	PLFSS 2026
ONIAM	135,32	160,20	181,2	181,23	202,2
SANTÉ PUBLIQUE FRANCE	-	300,11	335	328,2	395,54
AGENCE DE LA BIOMÉDECINE	52,18	53,44	54,95	54,95	56,27
ANSM	140,28	142,62	144,95	142,62	143,7
HAS	63,90	71,90	74,22	72,42	69,97
AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ	67,48	114,18 (DONT 55 AU TITRE DU SÉCUR NUMÉRIQUE)	123,8 (DONT 55 AU TITRE DU SÉCUR NUMÉRIQUE)	118,8 (DONT 55 AU TITRE DU SÉCUR NUMÉRIQUE)	115,8 (DONT 55 AU TITRE DU SÉCUR NUMÉRIQUE)
EFS	54,70	100	110	110	108,4
EHESP	44,53	45,2	45,2	45,2	44,76
ANAP	17,21	19,06	19,8	19,8	19,45

ATIH	10,40	11,49	12,13	11,49	11,74
CNG	32,63	43,63	44,31	43,63	43,55
ANDPC	209,72	214,74	219,88	215,88	225,14

Source : annexes 2 aux projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 et 2026.

I. LA DOTATION DE LA BRANCHE MALADIE À L’OFFICE NATIONAL D’INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX, DES AFFECTIONS IATROGÈNES ET DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Créé par la loi du 4 mars 2002 ⁽¹⁾, l’*Office national d’indemnisation des accidents médicaux*, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) est un établissement public administratif de l’État qui indemnise, au titre de la solidarité nationale, les victimes d’accidents médicaux, de dommages imputables à une activité de recherche biomédicale, d’affection iatrogène ou d’infection nosocomiale.

En 2025 et 2026, l’Oniam dispose à cette fin d’un plafond d’emplois de 121 équivalents temps plein travaillé (ETPT). Les missions de l’Oniam sont financées par l’assurance maladie, par l’État ainsi que par des recettes propres :

- la dotation de l’assurance maladie finance l’indemnisation des accidents médicaux, des contaminations par le virus de l’immunodéficience humaine (VIH), les hépatites B et C (VHB et VHC) et le virus T-lymphotropique humain (HTLV) ;
- la dotation de l’État (mission *Santé* du projet de loi de finances) finance l’indemnisation des accidents médicaux résultant de la vaccination obligatoire et des dommages consécutifs à des mesures sanitaires d’urgence, les dépenses de fonctionnement du dispositif d’indemnisation des victimes du benfluorex (Mediator®) ainsi que les dépenses de fonctionnement et d’indemnisation liées à la prise de valproate de sodium (Depakine®).

Les montants de la dotation allouée par les régimes obligatoires d’assurance maladie peuvent varier d’une année sur l’autre en fonction des réserves de l’Oniam et de l’anticipation des demandes d’indemnisation. La dotation de la branche maladie avait ainsi été augmentée de plus de 25 millions d’euros en 2024, atteignant 160,2 millions d’euros, et encore de 21 millions d’euros en 2025, pour atteindre

(1) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

181,2 millions d’euros. Pour 2026, la dotation de l’assurance maladie serait portée à 202,2 millions d’euros.

II. LA DOTATION DE LA BRANCHE MALADIE À L’AGENCE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

L’Agence nationale de santé publique (ANSP) – ou Santé publique France – est un établissement public à caractère administratif créé par la loi de modernisation de la santé de 2016 ⁽¹⁾. Ses missions, énoncées à l’**article L. 1413-1 du code de la santé publique**, incluent à la fois :

- la surveillance épidémiologique et de l’état de santé de la population ;
- la veille, l’alerte sanitaire et la préparation de la réponse aux crises ;
- et la prévention, la promotion de la santé et l’éducation à la santé.

Le budget de Santé publique France peut varier fortement d’une année sur l’autre, en fonction des besoins de gestion de crise et de réponse opérationnelle aux menaces, qui impactent la gestion du stock de l’État. Ainsi, ce budget comporte toujours deux parties, le budget finançant les missions socle et celui dédié aux dépenses exceptionnelles de gestion de crise.

En 2025, la dotation de l’assurance maladie s’est élevée à 328,2 millions d’euros, dont 302,3 millions d’euros destinés à financer les missions socle, hors gestion de crise. Cette dotation serait portée à 395,54 millions d’euros en 2026, sans que l’annexe 2 n’explique les raisons de cette augmentation importante. Le plafond d’emplois de l’agence reste à peu près stable, à 595 ETPT.

III. LA DOTATION DE LA BRANCHE MALADIE À L’AGENCE DE LA BIOMÉDECINE

L’Agence de la biomédecine est un établissement public administratif créé par la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique ⁽²⁾, dont les missions sont consacrées aux **articles L. 1418-1 et suivants du code de la santé publique**.

Elle est compétente dans les domaines du prélèvement et de la greffe d’organes, de tissus et de cellules, de la reproduction, de l’embryologie et de la génétique humaine. Elle encadre l’activité dans ces domaines en participant l’élaboration de la réglementation et des règles de bonne pratique. Elle tient des registres pour les greffes et régule les procédures d’allocation des greffons. En matière d’embryologie, elle autorise et contrôle la recherche, ainsi que les centres de diagnostic préimplantatoire et de diagnostic prénatal, et elle agréé les praticiens habilités au diagnostic préimplantatoire et aux examens génétiques. Elle a également

(1) Loi n° 2016-41 de modernisation de la santé pour 2016.

(2) Article 2 de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

une mission d'information et de promotion des dons d'organes, de tissus et de gamètes.

En 2025, la dotation de l'assurance maladie à cette agence s'est élevée à 54,95 millions d'euros, sur un budget global de 95 millions d'euros et un plafond d'emplois de 250 ETPT. Pour 2026, le présent projet de loi porte cette dotation à 56,27 millions d'euros. L'annexe 2 indique que cette augmentation correspond à *« un projet immobilier transformant qui aboutira au déménagement de son siège en 2026 et à un resserrement de son emprise immobilière de 30% »*.

Pour le reste, les moyens budgétaires et humains de l'agence resteront globalement stables en 2026 et son action se situera dans la continuité de l'année 2025, avec la mise en œuvre des trois grands plans ministériels validés en 2022 ⁽¹⁾.

IV. LA DOTATION DE LA BRANCHE MALADIE À L'AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a été créée par la loi du 29 décembre 2011 ⁽²⁾. Ses missions, définies à l'**article L. 5311-1 du code de la santé publique**, visent globalement à permettre l'accès aux produits de santé et à assurer leur sécurité tout au long de leur cycle de vie. L'ANSM est notamment chargée des autorisations de mise sur le marché (AMM) des médicaments et produits biologiques, des essais cliniques, de la pharmacovigilance, du contrôle de la qualité des produits, de l'inspection des différents acteurs de la chaîne de fabrication et de distribution et de la lutte contre les pénuries de médicaments.

Le budget de l'agence est essentiellement composé par la dotation de l'assurance maladie, à hauteur de 142,62 millions d'euros en 2025. Il est complété par des ressources propres émanant de l'activité d'évaluation des dossiers d'AMM relevant de procédures européennes, à hauteur de 17 millions d'euros en 2025. Son plafond d'emploi devrait être porté de 950 ETPT en 2025 à 956 ETPT en 2026. La dotation de l'assurance maladie augmenterait d'environ 1 % en 2026, pour atteindre 143,7 millions d'euros.

V. LA DOTATION DE LA BRANCHE MALADIE À LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La Haute Autorité de santé (HAS) est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 13 août 2004 ⁽³⁾ afin d'apporter son expertise

(1) Plan pour le prélèvement et la greffe organes-tissus, plan pour la procréation, l'embryologie et la génétique humaines et plan pour le prélèvement et la greffe de cellules-souches hématopoïétiques.

(2) Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

(3) Loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie.

technique aux pouvoirs publics, aux professionnels, aux patients et aux usagers, dans un but d'amélioration du système de santé.

En vertu de l'**article L. 161-37 du code de la sécurité sociale**, elle est notamment chargée :

- d'évaluer, d'un point de vue médical et économique, les produits, actes, prestations et technologies de santé, ainsi que les actions et programmes de santé publique ;

- d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles, par l'édition de recommandations et d'outils de bonne pratique ;

- de contribuer à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins et prestations délivrés dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et en médecine de ville (certification des établissements, accréditation des professionnels...).

Le budget de la HAS s'est élevé à 83,4 millions d'euros en dépenses en 2025, pour 75,2 millions d'euros de recette, soit un résultat négatif à hauteur de 7 millions d'euros. La dotation de l'assurance maladie s'élevait à 75,42 millions d'euros en 2025 ; elle serait réduite à 69,97 millions d'euros en 2026. Dans le même temps, le plafond d'emplois de la HAS serait rehaussé de 452 à 458,5 ETPT.

VI. LA DOTATION DE LA BRANCHE MALADIE À L'AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ

L'Agence du numérique en santé (ANS) est un groupement d'intérêt public constitué entre l'État, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les agences régionales de santé et les groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (Grades).

Ses missions, prévues à l'**article L. 1111-26 du code de la santé publique**, consistent à créer les conditions du développement des systèmes d'information, des services ou des outils numériques utilisés :

- dans la prise en charge sanitaire et le suivi social et médico-social des usagers ;

- pour la coordination des actions des professionnels qui y concourent ;

- pour la télésanté, la recherche, le dépistage, la prévention, la veille et l'alerte sanitaire.

D'après l'annexe 2, l'agence se trouve actuellement dans une période de changements majeurs dans sa gouvernance et dans la structuration de son action, dans un contexte où la perspective de la fin des crédits exceptionnels du Ségur impose d'« *identifier des pistes d'optimisation budgétaire* ».

En 2025, la dotation de l'assurance maladie s'est élevée à 63,8 millions d'euros, complétée par une dotation de 55 millions d'euros issue du Ségur numérique, pour un budget global de 307 millions d'euros en crédits de paiement, et un plafond d'emplois établi à 212 ETPT. Pour 2026, la dotation du Ségur serait reconduite au même niveau, tandis que la dotation socle de l'assurance maladie serait réduite à 60,8 millions d'euros.

VII. LA DOTATION DE LA BRANCHE MALADIE À L'ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

L'Établissement français du sang (EFS) est un établissement public administratif créé par la loi du 1^{er} juillet 1998 ⁽¹⁾, dont les missions sont définies à l'**article L. 1222-1 du code de la santé publique**. L'EFS est l'opérateur du service public du sang en France, chargé, entre autres, de la disponibilité des produits sanguins labiles et de l'organisation de l'activité transfusionnelle.

En 2025, la dotation de l'assurance maladie à l'EFS s'est élevée à 110 millions d'euros. Pour 2026, elle serait réduite à 108,4 millions d'euros.

VIII. LA DOTATION DE LA BRANCHE MALADIE À L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

L'École des hautes études en santé publique (EHESP) est un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel créé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ⁽²⁾. Elle a pour mission d'assurer les formations initiales et continues permettant d'exercer les fonctions de direction, de gestion, de management, d'inspection, de contrôle et d'évaluation dans les domaines sanitaire, social et médico-social. Elle assure également une activité de recherche en matière de santé publique.

Le budget de l'EHESP s'est établi à 79,2 millions d'euros en 2025, pour un plafond de 289 ETPT ; la dotation de l'assurance maladie s'est élevée à 45,2 millions d'euros. Pour 2026, elle serait légèrement réduite, à 44,76 millions d'euros.

IX. LA DOTATION DE LA BRANCHE MALADIE À L'AGENCE NATIONALE DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX

L'Agence nationale de la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (Anap) est un groupement d'intérêt public constitué entre l'État,

(1) Loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

(2) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), la CNSA et les fédérations représentatives des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Ses missions sont définies à l'**article L. 6113-10 du code de la santé publique**. Il s'agit essentiellement d'aider les établissements sanitaires et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux usagers, à moderniser leur gestion, à optimiser leur patrimoine immobilier et à accroître leur performance pour maîtriser leurs dépenses. À cette fin, l'Anap assure la conception et la diffusion d'outils et de services mis à disposition des établissements. Elle peut aussi conduire des accompagnements plus personnalisés et mener des évaluations et des audits. Elle assure enfin un appui au pilotage auprès de l'administration centrale et des ARS.

En 2025, la dotation de l'assurance maladie s'était établie à 19,8 millions d'euros, pour un budget de 27 millions d'euros et un plafond d'emplois de 95 ETPT. Pour 2026, cette dotation serait légèrement réduite, à 19,45 millions d'euros.

X. LA DOTATION DE LA BRANCHE MALADIE À L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) est un établissement public administratif dont les missions sont définies aux **articles R. 6113-33 et suivants du code de la santé publique**. Elle est chargée du dispositif de recueil de l'activité médico-économique et des données des établissements de santé, ainsi que de la gestion technique du dispositif de financement de ces établissements. Par ailleurs, elle conduit diverses analyses et études, notamment des études nationales de coûts dans les établissements. Elle se charge également du recueil et de l'analyse des données dans le cadre des différents dispositifs d'évaluation de la qualité.

En 2025, le budget rectificatif de l'Atih s'est établi à 47,29 millions d'euros, dont 11,49 millions d'euros issus de la dotation de l'assurance maladie. Pour 2026, cette dotation serait portée à 11,74 millions d'euros. Le plafond d'emplois de l'agence serait rehaussé de 126,5 à 129 ETPT.

XI. LA DOTATION DE LA BRANCHE MALADIE AU CENTRE NATIONAL DE GESTION

Le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) est un établissement public administratif fondé par un **décret du 7 mai 2007** ⁽¹⁾. Ses missions portent sur le recrutement et la gestion de la carrière de certains personnels des hôpitaux. En particulier, il assure :

(1) Décret n° 2007-704 du 4 mai 2007 relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et modifiant le code de la santé publique.

- l’organisation de seize concours médicaux et administratifs ;
- la gestion des autorisations d’exercice pour les praticiens à diplôme étranger ;
- la gestion de la carrière des praticiens hospitaliers et des corps de direction.

En 2025, le budget du CNG s’est élevé à 45,63 millions d’euros pour un plafond de 118 ETPT. Par ailleurs, le CNG assure provisoirement la gestion des contrats d’engagement de service public (CESP), ce qui représente un budget supplémentaire d’environ 40 millions d’euros. La dotation de l’assurance maladie, qui s’est élevée à 43,63 millions d’euros en 2025 hors CESP, se réduirait légèrement, à 43,55 millions d’euros, en 2026. En revanche, le plafond d’emplois serait porté à 128 ETPT.

XII. LA DOTATION DE LA BRANCHE MALADIE À L’AGENCE NATIONALE DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

L’Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) est un groupement d’intérêt public (GIP) mis en place en 2016⁽¹⁾ entre l’État et l’Uncam. Ses missions, décrites à l’**article L. 4021-1 du code de la santé publique**, incluent :

- la contribution à l’élaboration des orientations nationale du développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé et la mise en œuvre du dispositif national de DPC ;
- le financement d’actions de DPC au bénéfice des professionnels salariés des établissements sanitaires et médico-sociaux, des centres de santé et des professionnels libéraux conventionnés ;
- l’enregistrement, le contrôle et l’évaluation des organismes de DPC ;
- et le déploiement des formations de maître de stage des universités pour les sages-femmes et médecins.

En 2025, le budget de l’agence a été porté de 230,2 à 255,2 millions d’euros en budget rectificatif, pour un plafond de 84 ETPT. La dotation de l’assurance maladie avait été réduite de 219,9 à 215,9 millions d’euros en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. Pour 2026, elle serait portée à 225,1 millions d’euros. Cette hausse n’est pas expliquée précisément par l’annexe 2 ; néanmoins l’agence décrit une augmentation importante du nombre de professionnels engagés dans une démarche de DPC (+ 9,7% en un an au 30 juin 2025).

*

* *

(1) Article 114 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Article 48

Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès à 267,5 milliards d'euros en 2026 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Le déficit de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (ou maladie) des régimes obligatoires de base (Robss) s'est réduit de moitié, soit de 21 milliards d'euros à 11,1 milliards d'euros entre 2022 et 2023, mais il s'est ensuite aggravé à 13,8 milliards d'euros en 2024 et se creuserait encore à hauteur de 17,2 milliards d'euros en 2025, avant que la situation s'améliore avec un solde négatif de seulement 12,5 milliards d'euros en 2026 – cette consolidation étant de courte durée.

Le périmètre de cette branche appelle plusieurs commentaires.

• Premièrement, cette branche couvre **quatre risques** :

– les coûts que peut engendrer le traitement des maladies, au profit de toute la population régulièrement établie en France, dans le cadre de la protection universelle maladie (Puma) instituée en 2016, et à celui des actifs pour la plupart des prestations en espèces ;

– les dépenses de soins induites par une grossesse, un accouchement et leurs suites, l'indemnisation des pertes de revenus liées aux congés de cette période, en complémentarité avec les allocations de la branche famille ;

– le maintien du niveau de vie des personnes qui sont invalides et ne peuvent plus ou plus autant exercer un emploi ;

– les conséquences immédiates du décès d'un travailleur pour sa famille.

Ainsi que le soulignent classiquement les rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale, *« les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) [sont présentés] sur le champ élargi des régimes de maladie servant des prestations de droit commun ; [ils donnent] ligne à ligne les dépenses relevant du droit commun et identifient les transferts d'équilibrage dits spécifiques représentant in fine le coût des dispositifs maladie dérogatoires »* alors même que la Cnam et son réseau gèrent uniquement le régime général.

• Deuxièmement, l'objectif propre à la branche diffère de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), malgré un certain recoupement :

– l'Ondam exclut certaines charges de la branche maladie, à savoir les indemnités journalières de maternité et de paternité ou les prestations d'invalidité, ainsi que les frais de gestion des caisses concernées ;

– l'Ondam n'est pas une stricte addition de dépenses car il est calculé après l'enregistrement de recettes atténuatives ;

– à l'inverse, l'Ondam comprend les prestations de soins de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour incapacité temporaire et les dotations de la branche autonomie aux établissements et services médico-sociaux (ESMS).

I. UN OBJECTIF SUREXÉCUTÉ EN 2024

Alors que la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023 puis la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023 l'avaient fixé et révisé à 243,6 milliards d'euros puis 244,6 milliards d'euros, la LFSS pour 2024 avait relevé l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès au titre de 2024 à 251,9 milliards d'euros, montant que la LFSS pour 2025, enfin, avait établi à 253,3 milliards d'euros.

Enfin, le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss) de l'année 2024 fait état d'une consommation de cet objectif pour **253 milliards d'euros en 2024**, soit :

– un dépassement de 9,4 milliards d'euros (3,86 %) en comparaison avec la première référence ;

– une surconsommation de 1,1 milliard d'euros (0,44 %) par rapport à la cible de la LFSS pour l'exercice considéré ;

– un recul de 300 millions d'euros (– 0,12 %) vis-à-vis de la dernière base.

La commission des affaires sociales a eu l'occasion d'étudier l'exécution de l'exercice clos, pour la branche maladie comme les autres, au printemps : aussi le rapporteur général se bornera-t-il à rappeler que « *hors Ondam, les dépenses [ont] été globalement conformes aux prévisions* » ⁽¹⁾.

II. UN OBJECTIF DÉPASSÉ ÉGALEMENT EN 2025

L'article 14 et l'annexe A du PLFSS pour 2026 indique des dépenses de la branche maladie s'établiraient à **262,3 milliards d'euros en 2025**, soit :

– une hausse de 9,3 milliards d'euros (3,68 %) par rapport à 2024 ;

– un surcroît de 3 milliards d'euros (1,16 %) relativement aux 259,3 milliards d'euros projetés par la LFSS pour 2024 ;

– un dépassement de 500 millions d'euros (0,19 %) en comparaison avec les 261,8 milliards d'euros que prévoyait la LFSS pour 2025.

(1) Rapport n° 1491 de M. Thibault Bazin, rapporteur général, sur le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 4 juin 2025.

Le déficit de la branche devrait se creuser à hauteur de 17,2 milliards d’euros en 2025, la croissance de ses dépenses (9,3 milliards d’euros, soit 3,7 %) étant supérieure à celle de ses recettes (5,9 milliards d’euros, soit 2,5 %).

La réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) à la veille du début de l’examen du PLFSS pour 2026 par la commission des affaires sociales de l’Assemblée nationale et, malgré le grand intérêt du document, la caducité du rapport qui lui a été présenté en juin 2025 ne permettent malheureusement pas de commenter avec un détail comparable à celui des années passées la révision de la cible de dépenses de la branche maladie quant à l’exercice en cours : le Parlement, en effet, est destinataire de la riche annexe n° 5, mais elle concerne l’Ondam. Cette circonstance est fâcheuse aux yeux du rapporteur général.

III. UN OBJECTIF EN HAUSSE POUR 2026

L’**article 48** du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 détermine un objectif de dépenses de la branche maladie de **267,5 milliards d’euros en 2026**, soit :

- un recul de 2 milliards d’euros (– 0,7 %) par rapport à la projection au titre de 2026 de la LFSS pour 2025 ;

- une augmentation de 5,2 milliards d’euros (1,98 %) en comparaison avec les charges désormais projetées par le PLFSS pour 2026.

L’annexe A projette le déficit de la branche à 12,4 milliards d’euros.

Faute cependant de disposer du rapport à la CCSS, il n’est pas possible de comparer la cible de dépenses et de solde avec leur tendancier, c’est-à-dire en isolant les mesures nouvelles.

IV. À MOYEN TERME, UNE AUGMENTATION SOUTENUE DES DÉPENSES

Les dépenses de la branche maladie continueraient d’augmenter pour atteindre **291,3 milliards d’euros en 2029**, soit 15,1 % de plus qu’en 2024.

Alors que les deux dernières LFSS envisageaient que son déficit se stabilisât respectivement autour de 9 milliards d’euros de 2023 à 2027 puis de 16 milliards d’euros de 2024 à 2028, la prévision du PLFSS pour 2026 est un peu plus encourageante car le solde de l’assurance maladie, s’il se dégraderait de 1,2 milliard d’euros en moyenne, serait contenu à 15 milliards d’euros en 2028 et 16,1 milliards d’euros en 2029, contre une projection précédente de 16,8 milliards d’euros en 2028.

En 2026, les dépenses augmenteraient moins vite que les recettes (2 % contre 4 %), mais cette exception heureuse disparaîtrait de 2027 à 2029 (2,9 % contre 2,5 % ou 2,6 %), ce qui signifie bien que le problème vient de l’insuffisante maîtrise des charges, notamment des prestations.

ÉVOLUTION DES PRÉVISIONS DE DÉPENSES, DE RECETTES ET DE SOLDE
DE LA BRANCHE MALADIE DES ROBSS DE 2022 À 2029 (P)
DE LA LFSS POUR 2024 AU PLFSS POUR 2026

(en milliards d'euros ; en pourcentage)

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Prévision de la LFSS pour 2024								
Recettes	221,2	234,2	243,4	249,9	257,6	265,0	s. o.	
Dépenses	242,2	243,7	251,9	259,3	266,7	273,9		
Solde	- 21,0	- 9,4	- 8,5	- 9,4	- 9,1	- 9,0		
Prévision de la LFSS pour 2025								
Recettes	s. o.	232,8	238,0	246,4	253,5	261,4	268,9	s. o.
Variation		5,2 %	2,2 %	3,5 %	2,9 %	3,1 %	2,9 %	
Dépenses		243,9	253,3	261,8	269,5	277,5	285,7	
Variation		0,7 %	3,9 %	3,4 %	2,9 %	3,0 %	3,0 %	
Solde		- 11,1	- 15,3	- 15,4	- 16,0	- 16,1	- 16,8	
Prévision du PLFSS pour 2026								
Recettes	s. o.	239,2		245,1	255,0	261,5	268,2	275,3
Variation		2,7 %		2,5 %	4,0 %	2,5 %	2,6 %	2,6 %
Dépenses		253,0		262,3	267,5	275,3	283,5	291,3
Variation		3,7 %		3,7 %	2,0 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %
Solde		- 13,8		- 17,2	- 12,5	- 13,8	- 15,0	- 16,1

Note : le taux de variation indiqué court d'un exercice à l'autre, non entre la prévision et la rectification

Sources : annexe A des LFSS pour 2024 et 2025 et du PLFSS pour 2026.

*

* *

Article 49

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble
des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs pour 2026

Cet article fixe à 270,4 milliards d'euros l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2026 ; il fixe le montant des six sous-objectifs qui le composent.

L'article 49, que l'article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾ fait figurer parmi les dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2026 à un montant en hausse de 1,6 % par rapport à celui de 2025.

Après le cadre juridique de l'Ondam (I), sera abordée son évolution en 2025 hors mesures nouvelles (II) et avec ces dernières (III).

(1) Article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale, issu de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

I. UN OBJECTIF DE DÉPENSES AU STATUT PARTICULIER

De tous les objectifs de dépenses que la loi de financement comporte, l'Ondam est le seul dont le périmètre ne coïncide pas avec celui d'une branche seule des régimes obligatoires de base (Robss).

L'Ondam est interbranches ; sa logique est plus économique que comptable.

- D'abord, l'objectif excède le champ de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (ou branche maladie – dont le propre objectif de dépenses est fixé par l'**article 48** commenté *supra*) pour inclure des indemnités relevant de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et le financement des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) par la branche autonomie.

- Ensuite, l'Ondam ne reprend pas l'intégralité des postes de la branche maladie, puisqu'il exclut les indemnités journalières (IJ) de maternité et les prestations pour invalidité et décès, ainsi que les charges de gestion de la branche.

- Par ailleurs, l'Ondam est le seul à être décliné en sous-objectifs.

La loi organique prévoit premièrement que « *la définition [de leurs] composantes [...] est d'initiative gouvernementale* » ⁽¹⁾, deuxièmement que « *[leur] nombre [...] ne peut être inférieur à trois* » ⁽²⁾ et troisièmement que des amendements peuvent modifier la ventilation des sommes entre les sous-objectifs, dans la mesure où « *au sens de l'article 40 de la Constitution, la charge s'entend, s'agissant des amendements aux projets de loi de financement de la sécurité sociale, [à l'échelle] de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* » ⁽³⁾.

Ces sous-objectifs sont d'un volume hétérogène, les deux premiers pesant chaque année plus de 80 % et les deux suivants ayant été déplacés de la branche maladie à la branche autonomie lorsque celle-ci a été créée (en 2021) :

- celui des soins de ville, correspondant aux honoraires des professionnels libéraux, aux remboursements des produits de santé et aux IJ ;

- celui des établissements de santé, divisé en six compartiments pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO), la psychologie et les soins de suite et de réadaptation (SSR), les soins médicaux et de réadaptation (SMR), les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (Migac), la dotation annuelle de financement (DAF) et les unités de soins de longue durée (USLD) ;

- ceux du financement des ESMS pour les personnes âgées et handicapées, réunis dans l'objectif global de dépenses (OGD) de la branche autonomie ;

(1) Deuxième phrase du 3° de l'article L.O. 111-3-5 du code de la sécurité sociale.

(2) Dernière phrase du même 3°.

(3) Premier alinéa du IV de l'article L.O. 111-7-1 du code de la sécurité sociale.

– celui du fonds d'intervention régional (FIR) et des soutiens pour l'investissement, c'est-à-dire (i) aux moyens des agences régionales de santé (ARS) en vue d'actions sanitaires et (ii) au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) et au plan d'aide pour l'investissement (PAI) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;

– celui des autres prises en charge, à savoir les dotations aux établissements accueillant des personnes connaissant des difficultés spécifiques comme l'addiction, les soins des Français vivant à l'étranger et les subventions à des opérateurs comme l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France).

- Enfin, l'Ondam n'est pas d'une nature strictement budgétaire.

D'une part, il ne comprend que des crédits indicatifs et constitue plus une norme qu'un plafond contraignant, car il s'agit de dépenses de guichet auxquelles ont droit soit les assurés directement, soit les établissements ou les professionnels leur apportant des prestations.

Cela a pour conséquence que son respect n'est ni une exigence organique ni une nécessité pour les gestionnaires, de sorte que des décaissements sont possibles au-dessus de son montant tant que la trésorerie le permet et que les tableaux d'équilibre des LFSS en tiennent ultérieurement compte.

Indépendamment d'éventuelles mesures nouvelles, différents outils existent toutefois pour maîtriser l'Ondam.

En premier lieu, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie (Cadam) est « chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement », ce qu'il fait au moyen d'avis publics présentés « chaque année, au plus tard le 15 avril », « au plus tard le 1^{er} juin », « au plus tard le 15 octobre » et « en tant que de besoin » ⁽¹⁾, le seuil de 0,5 % étant tenu pour « sérieux » ⁽²⁾. Cette situation s'est produite en 2025 (cf. *supra* le commentaire de l'**article 2** du présent PLFSS).

En deuxième lieu, aux termes de la loi de programmation des finances publiques (LPFP) en vigueur ⁽³⁾, une fraction de 0,3 % du montant de l'Ondam est mise en réserve au début de chaque exercice, soit 811,2 millions d'euros en 2026 d'après la cible fixée par l'**article 49**.

(1) Première phrase du premier alinéa, première phrase du troisième alinéa, première phrase du quatrième alinéa et première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Premier alinéa de l'article D. 114-4-0-17 du code de la sécurité sociale.

(3) Article 20 de la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.

Toutefois, comme l'avait relevé la commission des finances au moment de l'examen du projet de LPFP ⁽¹⁾, la mise en œuvre de cet instrument de précaution demeure en partie théorique :

– si elle a bien pour effet de rendre indisponibles certaines sommes, donc de fournir une solution de trésorerie en cas de dégel (sans mobiliser ni prélèvement obligatoire, ni emprunt, ni transfert de crédits entre branches ou organismes), elle n'empêche pas une sur-exécution ;

– l'information quant aux crédits dont le gel est maintenu ou qui sont libérés est parcellaire (en comparaison avec celle concernant le budget de l'État).

La commission des affaires sociales du Sénat, saisie pour avis du projet de LPFP ⁽²⁾, avait noté que « la mise en réserve de crédits ne suppose pas a priori un objectif de sous-consommation en fin d'exercice », que « le remboursement de feuilles de soins ne peut ainsi être gelé, quand les dotations à des établissements publics peuvent, eux, l'être » et que « la contribution à ces gels de crédits diffère de manière substantielle entre les sous-objectifs », celui afférent aux établissements de santé étant ainsi « soumis en 2022 à une mise en réserve de l'ordre de 0,51 % pour un montant représentant ainsi près de 68 % de la mise en réserve globale ».

CHAMP DE L'ONDAM EN 2026

Branche maladie, maternité, invalidité décès	Branche AT-MP	Branche Autonomie
I. Prestations sociales : ♦ Prestations en espèce « U maternité » ♦ Prestations invalidité décès ♦ Prestations extra-légales (action sanitaire et sociale) ♦ Actions de prévention hors FIR ♦ Autres prestations II. Charges techniques III. Diverses charges IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM V. Charges financières	I. Prestations légales maladie et maternité : ♦ Prestations en nature maladie – maternité – incapacité temporaire* ♦ Remises conventionnelles pharmaceutiques ♦ Participation des assurances complémentaires à la rémunération du forfait médecin traitant ♦ Prestations en espèce (hors U maternité), prestations en espèce suite à AT II. Charges techniques ♦ prise en charge des cotisations ACAATA (Allocation de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante) ♦ Dotations aux fonds amiante III. Diverses charges IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM V. Charges financières	I. Prestations maladie ♦ Prestations en nature exécutées en ESMS-PA ♦ Prestations en nature exécutées en ESMS-PH II. Charges techniques ♦ Charges techniques relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement III. Diverses charges IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM V. Charges financières
	I. Prestations pour incapacité temporaire : ♦ Prestations en nature ♦ Prestations en espèce suite AT I. Prestations pour incapacité permanente	I. Prestations autonomie ♦ Prestations en espèces (AEEH, congé proche aidant) ♦ Action de prévention, formation II. Plan d'aide à l'investissement
		II. Charges techniques ♦ Concours aux dépenses des départements (APA, PCH) – financement MDPH ♦ Dotation FIR, GEM, MAIA ♦ Autres transferts (ANAP/ATIH)

*Hors part des prestations médico sociales financées par la CNSA, hors conventions internationales

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

En troisième lieu, la régulation de l'Ondam peut aussi être faite en cours d'exercice via la minoration de la tarification à l'acte (T2A) pour certains séjours ou

(1) Rapport n° 282 de M. Jean-René Cazeneuve, rapporteur général, sur le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 5 octobre 2022.

(2) Avis n° 73 (2022-2023) de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, sur le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027, enregistré à la présidence du Sénat le 26 octobre 2022 ; voir aussi le rapport d'enquête n° 587 (2021-2022) de Mme Catherine Deroche sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, enregistré à la présidence du Sénat le 29 mars 2022.

la réduction de dotations qui ne sont versées aux hôpitaux en fin d'exercice que si l'Ondam semble pouvoir être respecté, comme celles qui financent les missions d'intérêt général (MIG) – recherche, etc.

En quatrième et dernier lieu, l'Ondam n'est pas une addition de charges au sens strict, car il intègre trois types de recettes atténuatives :

– au titre des rémunérations forfaitaires versées aux médecins et aux autres professionnels de santé ⁽¹⁾, la loi et des conventions prévoient une contribution des organismes complémentaires ⁽²⁾ (*cf. supra* le commentaire de l'**article 7**) ;

– les entreprises vendant des médicaments et dispositifs médicaux (DM) sont assujetties à un impôt qualifié de clause de sauvegarde ⁽³⁾, dont l'appel est déclenché lorsque, pour les premiers, le chiffre d'affaires tiré de leur vente, net des remises et, pour les seconds, les remboursements de l'assurance maladie dépassent un montant déterminé (*cf. supra* le commentaire de l'**article 10**) ;

– le Comité économique des produits de santé (Ceps) négocie avec des laboratoires des remises sur les prix des spécialités pharmaceutiques, qui sont un avantage sur le marché mondial ensuite reversé à l'assurance maladie ⁽⁴⁾ (*cf. supra* le commentaire de l'**article 11**) ;

En 2025, ces ressources minoreraient l'Ondam de 12,1 milliards d'euros.

II. UNE CROISSANCE DE 4,5 % TOUTES CHOSES ÉGALES PAR AILLEURS

● Dans son rapport de juin 2025 dit « Charges et produits », la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) rappelle que le taux de croissance annuel moyen de l'Ondam était de 4,1 % entre 2010 et 2025, puis de 4,2 % entre 2015 et 2019 et enfin de 4,3 % entre 2019 et 2024. À politique inchangée, la Cnam prend un tendanciel de 4,5 % d'ici à 2030 pour hypothèse, en prolongeant le constat fait de 2015 à 2023 que 71 % de la hausse de l'Ondam tient aux pathologies chroniques, dont la prévalence s'explique elle-même à hauteur de 55 % par le vieillissement de la population – dans cinq ans, la part des personnes âgées de plus de 70 ans dans la population passerait de 15,7 % à 17,9 %.

Le Gouvernement présente habituellement son propre scénario de croissance spontanée de l'Ondam dans le rapport d'octobre à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) ; faute pour ce dernier d'avoir été publié dans un délai utile à l'examen du projet de loi de financement par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, le rapporteur général utilisera donc les données de la Cnam, en étant conscient que malgré certains recoupements des services de cette dernière

(1) 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 862-4-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Section 4 du chapitre 1er du titre III du livre 1er du code de la sécurité sociale.

(4) II et III de l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale.

avec ceux de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), le rapport concerne surtout le régime général.

Au regard de cette trajectoire, la stricte stabilisation de la part de l'Ondam dans le produit intérieur brut (PIB) impliquerait une économie de 22,5 milliards d'euros d'ici à 2030 (son poids serait de 8,9 % en 2025 contre 8,2 % en 2019), avec une modération des dépenses pour de 19,5 milliards d'euros (87 % de la maîtrise) et le dégagement de 2,5 milliards d'euros de ressources (13 %).

Concernant des dépenses, la Cnam vise 3,9 milliards d'euros d'économies en 2026 et 19,5 milliards d'euros d'ici à 2030. Elle propose notamment un nouveau partage entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC), car le taux de prise en charge de la première est passé de 75,5 % à 79,5 % entre 2013 et 2023, soit 600 millions d'euros de moindre dépense par an pour la seconde.

INCIDENCE DES RECOMMANDATIONS DE LA CNAM LA PREMIÈRE ANNÉE

(en millions d'euros)

Organisation et parcours de soins en ville et à l'hôpital	200
Stabilisation de la part AMO à 80%	600
Produits de santé : pertinence de la tarification	1 200
Régulation sectorielle	400
Amélioration de l'efficience et de la pertinence des soins	800
Indemnités journalières	300
Lutte contre les fraudes	400
Total	3 900

Source : Caisse nationale de l'assurance maladie, juin 2025.

Avec un tendanciel de 4,5 %, l'Ondam progresserait en 2026 :

– de 11,97 milliards d'euros par rapport à 2025 à champ courant, révisé par l'**article 2** du présent PLFSS, pour atteindre 277,87 milliards d'euros ;

– de 11,98 milliards d'euros par rapport à 2025 à champ constant (*cf. infra*), pour atteindre 278,18 milliards d'euros.

III. UNE PROGRESSION RAMENÉE À 1,6 %

L'**article 49** du projet de loi de financement fixe l'Ondam à 270,4 milliards d'euros en 2026, en hausse de 4,7 milliards d'euros, soit de 1,7 % quant au montant rectifié pour 2025 mais de 1,6 % à champ constant. Le rapporteur général souligne que des effets d'arrondi dans les tableaux de l'annexe 5, qui sont fournis en milliards d'euros avec une seule décimale, ne permettent qu'imparfaitement de vérifier ces taux : ils sont pourtant exacts si l'on prend comme point d'arrivée un objectif de 270,444 milliards d'euros en 2026 et comme points de départ soit 265,859 milliards d'euros, soit 266,189 milliards d'euros.

Seront abordés la construction de l'Ondam pour l'année à venir (1) puis les grands motifs expliquant sa variation (2).

1. Les changements de périmètre

S'il peut être utile de calculer la variation de l'Ondam d'une année à l'autre d'un simple point de vue arithmétique, sans égard aux modifications des charges qui peuvent y être intégrées puis ne plus l'être, ou inversement, une comparaison plus intelligible et plus sincère implique de corriger l'Ondam choisi dans le passé pour en donner le montant qui aurait été le sien s'il avait retracé les mêmes postes que lors de l'exercice contemporain.

L'annexe 5 du PLFSS emprunte systématiquement cette convention.

Comme le souligne en effet la documentation jointe au projet de LPFP en vigueur, « la réalité de la dynamique de la dépense au sein de l'Ondam s'apprécie entre deux lois de financement de la sécurité sociale consécutives, à périmètre (ou champ) constant ; en effet, le périmètre de l'Ondam peut être amené à évoluer d'une année sur l'autre, des dépenses ou recettes étant nouvellement intégrées dans le champ de l'objectif, d'autres à l'inverse en étant sorties ; pour apprécier la dynamique réelle de la dépense au sein de l'Ondam sur un champ identique (champ constant) entre deux exercices, l'Ondam doit en conséquence être retraité de ces modifications de périmètre, selon les règles décrites ci-après. les mouvements constituant une simple réimputation entre les sous-objectifs de l'Ondam, les mouvements d'intégration ou de sortie du périmètre de l'Ondam de dépenses demeurant financées par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès ou les mouvements qui traduisent une évolution entre le champ des dépenses de ces régimes d'assurance et celui d'autres entités (par exemple, l'État) équilibrée par un mouvement similaire en recettes ne doivent pas être comptabilisés dans ce calcul ; ces mouvements sont appelés **mesures de transfert** quand ils ont lieu **entre sous-objectifs** ou **mesures de périmètre** quand ils ont lieu **entre le périmètre de l'Ondam et une autre entité (qui peut être la sécurité sociale)** ; leur prise en compte permet de passer du champ constant au champ courant, sur lequel est présenté l'Ondam de l'année, mais ils sont sans influence sur l'appréciation de la dynamique de ces dépenses ».

Alors que l'Ondam serait – toutes choses égales par ailleurs d'ici à la fin du mois de décembre – de 265,9 milliards d'euros en 2025, ce raisonnement implique de considérer qu'il atteindrait 266,2 milliards d'euros.

La clef de passage entre les montants réel et virtuel pour 2025 est présentée dans le tableau ci-dessous.

Il s'agit surtout :

– d’augmenter le premier des deux sous-objectifs concernant la branche autonomie à cause de l’effet en année pleine de la fusion des sections de financement dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ;

– d’élargir le périmètre des dépenses afférentes à ceux où sont accueillies des personnes handicapées des instituts nationaux de jeunes sourds (INJS) et à l’Institut national des jeunes aveugles (Inja) – leur financement relevait de la branche maladie sans être intégré à l’Ondam ; il rejoint ce dernier mais sera imputé dans les comptes de la branche autonomie, sur le second sous-objectif de l’OGD.

**ÉVOLUTIONS DE PÉRIMÈTRE ENTRE L’ONDAM EFFECTIF ET L’ONDAM RETRAITÉ
POUR 2025 EN VUE DE LA COMPARAISON DU SECOND AVEC L’ONDAM POUR 2026**
(en millions d’euros)

<i>Evolution de périmètre (en M€)</i>	Total ONDAM	Soins de ville	établ. de santé	établ. et services pour personnes âgées	établ. et services pour personnes handicapées	FIR et SNI	Autres prises en charges
Mesures impactant le périmètre de l’ONDAM	330	0	16	270	42	2	0
OGD- Effet année pleine - fusion des sections	286		16	270			
OGD - INJA/INJS	42				42		
FIR - Compétence vaccinales	2					2	
Mesures de périmètre entre sous-objectifs de l’ONDAM	0	-123	-237	50	0	435	-125
Investissement immobiliers	0		-300			300	
Création du "FISS+PCR"	0	-13				138	-125
Financement de la 4e année Médecine générale	0	-63	63				
Tarifs global EHPAD	0	-50		50			
PDSA	0	3				-3	
ONDAM TOTAL	330	-123	-221	320	42	437	-125

Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

2. Les facteurs d’évolution

Sans entrer dans le détail de ce qui est classiquement transmis à la CCSS, l’annexe 5 du présent PLFSS table sur une progression spontanée (cette variable étant nécessairement moindre que le tendanciel, qui intègre la moyenne constatée des mesures nouvelles) de 3,4 % de l’Ondam entre 2025 et 2026, ce qui l’aurait conduit à 275,24 milliards d’euros, en hausse de 9,05 milliards d’euros.

Mais le relèvement de l’Ondam serait limité pour l’année à venir à 1,6 %, ce qui correspond à 270,4 milliards d’euros avec un saut de 4,26 milliards d’euros.

MONTANT ET ÉVOLUTION DES SOUS-OBJECTIFS DE L’ONDAM EN 2026 (P)
(en milliards d’euros ; en pourcentage)

	2025 retraité	2026	Évolution
Soins de ville	113,809	114,860	0,923 %
Établissements de santé	109,236	111,829	2,374 %
ESMS – personnes âgées	17,743	18,166	2,384 %
ESMS – personnes handicapées	15,626	16,021	2,528 %
Fonds d’intervention régional et investissement	6,576	6,237	– 5,155 %

Autres prises en charge	3,199	3,331	4,126 %
Ondam total	266,189	270,444	1,598 %

Source : commission des affaires sociales d'après les documents transmis au rapporteur général par la direction de la sécurité sociale.

a. Un effacement des provisions pour la crise sanitaire

Au regard de la circulation désormais endémique de l'épidémie de covid-19, l'exercice est le premier depuis 2020 à ne plus avoir besoin d'être commenté avec ou sans les dépenses qui y seraient directement liées.

b. Des mesures nouvelles plus de deux fois compensées par les économies

Le PLFSS pour 2026 comprend dans le champ de l'Ondam des mesures nouvelles ayant un coût de 3 milliards d'euros et de moindres charges de 7,1 milliards d'euros (ce qui contraste avec les exercices précédents, notamment celui en cours où la plus forte dépense et les économies étaient de 6,5 et 4,2 milliards d'euros).

Aux mesures de redressement au sens strict peut être ajouté un recul de 0,5 milliard d'euros au titre des investissements numériques et immobiliers et revalorisations salariales formant le « Ségur de la santé », non parce que l'exécutif réduirait son effort mais par un pur effet de base, certains plans arrivant à échéance en 2025. Comme son prédécesseur, le rapporteur général s'étonne que le moindre investissement au titre du Ségur de la santé soit classé parmi les dépenses supplémentaires « négatives » : aussi ne retiendra-t-il pas cette convention qui peut se comprendre mais ne serait pas lisible dans le tableau *infra*.

Il apparaît que 40 % des mesures coûteuses sont dans le champ des soins de ville, contre environ 37 % dans celui des hôpitaux. Quant aux économies, 75 % à peu près concernent la ville et surtout les assurés, donc les malades. Le rapporteur général est d'emblée conscient que de telles mesures suscitent peu d'enthousiasme.

EFFET DES MESURES NOUVELLES SUR L'ONDAM POUR 2026

(en milliards d'euros)

Dépenses supplémentaires	+ 3,0
Compensation aux hôpitaux au titre des cotisations pour la CNRACL	+ 0,7
Autres mesures nouvelles	+ 2,3
<i>Soins de ville</i>	+ 1,2
<i>Établissements de santé – prise en charge des enfants et de la santé mentale</i>	+ 0,4
<i>Établissements sociaux et médico-sociaux</i>	+ 0,5
<i>Fonds d'intervention régional</i>	+ 0,2
(Recul des crédits du « Ségur de la santé »)	(– 0,5)
Dépenses minorées	– 7,1
Mesures tarifaires et de régulation	– 3,7
<i>Baisse de prix des produits de santé</i>	– 1,6
<i>Bon usage des produits de santé</i>	– 0,7
<i>Établissements de santé – efficacité des achats et des emplois et virage ambulatoire</i>	– 0,7
<i>Protocoles et lutte contre les rentes</i>	– 0,6
Transferts de charges vers les organismes complémentaires, les employeurs et les assurés	– 3,4
<i>Hausse des montants et plafonds des franchises et participations forfaitaires</i>	– 2,3
<i>Suite de la baisse du salaire de référence des indemnités journalières pour maladie</i>	– 0,5
<i>Établissements de santé – hausse de la part de financement des complémentaires</i>	– 0,4

Réduction du remboursement des cures thermales	- 0,2
Fin de l'exemption de ticket modérateur sur les médicaments à faible service médical rendu pour les assurés ayant une affection de longue durée	- 0,1

Source : commission des affaires sociales d'après l'annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Compte tenu de leur poids et du fait que le présent rapport commente bien évidemment les mesures d'économies de rang législatif et les compléments d'ordre réglementaire de chaque article concerné, le rapporteur général se bornera à rappeler l'évolution tendancielle et effective des deux premiers sous-objectifs de l'Ondam.

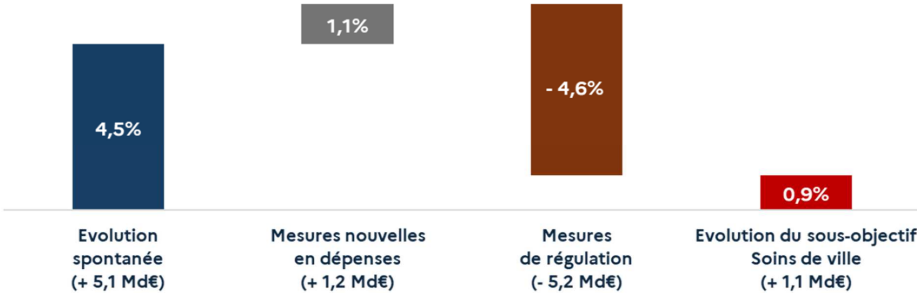
● En ville, les dépenses supplémentaires de 1,1 milliard d'euros sont liées, pour l'essentiel, à la dynamique des indemnités journalières de maladie, malgré les efforts pour les maîtriser (5,6 %), de la prise en charge des cotisations à la place des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés et des honoraires aussi bien médicaux et dentaires (2,5 %) que paramédicaux (3,5 % – par exemple 2,7 % pour les infirmiers et 3,8 % pour les masseurs-kinésithérapeutes), des frais de biologie et de transport (4,6 % et 3,1 %) et du remboursement des produits de santé (4,6 %).

À ces facteurs spontanés s'additionnent des revalorisations et des mesures nouvelles, la convention médicale de 2024 ayant en 2026 un effet de 0,3 milliard d'euros, intégrant le report des stipulations devant entrer en vigueur en juillet 2025 (cf. *supra* dans le commentaire de l'article 2 concernant l'alerte sur le dépassement de l'Ondam), celle conclue avec les masseurs-kinésithérapeutes ayant une incidence analogue de 0,2 milliard d'euros et le rattrapage des vaccins contre la méningite et la baisse du reste à charge des véhicules adaptés pour les personnes handicapées coûtant 0,2 milliard d'euros également.

Enfin, des mesures de régulation sont envisagées contre ce que l'exécutif appelle les « rentes » de la radiologie, de la biologie et des transports (0,4 milliard d'euros), pour freiner les produits de santé (1,5 milliard d'euros), etc.

COMPOSITION DE LA HAUSSE DU SOUS-ONDAM DES SOINS DE VILLE EN 2026

(en pourcentage)



Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

● Du côté de l'hôpital, la progression des dépenses de 2,6 milliards d'euros couvre d'abord, selon l'exécutif, les 3,4 milliards d'euros de hausse tendancielle, avec une inflation de 1,1 %, un « glissement pour vieillesse et technicité » majorant

la masse salariale de 0,9 % et surtout une activité en croissance respectivement de 2,5 % pour la MCO, de 3 % pour la réadaptation et de 1,8 % pour la psychiatrie.

Les déficits passés de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), à laquelle sont aussi affiliés les membres de la fonction publique hospitalière (FPH), comme son niveau prévisionnel pour l'année en cours et celles à venir (*cf. supra* le commentaire des **articles 14 et 16**), ont conduit l'autorité réglementaire à relever le taux de la cotisation des employeurs pour ce régime obligatoire de base de la sécurité sociale (Robss) servant des prestations de vieillesse distinctes de celles du régime général. Cela faisait partie d'une des solutions proposées dans un rapport inter-inspections publié à la faveur des « revues de dépenses » ⁽¹⁾ :

– au dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, le Gouvernement envisageait trois hausses successives de 4 points, ce qui la première année aurait mis à la charge des établissements 1,1 milliard d'euros, somme qui aurait de fait consommé un tiers de la hausse du sous-objectif concerné ;

– finalement, a été choisi un étalement de quatre relèvements de 3 points, avec une neutralisation complète au moyen d'une revalorisation du sous-objectif en question lors de l'examen en nouvelle lecture du PLFSS pour 2025 et les fédérations, pendant leur audition par le rapporteur général, n'ont guère mentionné d'autre élément positif que celui-ci s'agissant des décisions du Gouvernement pour l'année en cours et celle à venir (*cf. infra*) ;

– la hausse naturelle de l'assiette mène à une dépense plus forte en 2026, soit entre 0,6 et 0,7 milliard d'euros, intégralement compensés.

(1) Rapport des inspections générales des finances (IGF), des affaires sociales (Igas) et de l'administration (IGA) sur la situation financière de la CNRACL (nos 2023-M-104-02 ; 2023-104R ; 23107R), mai 2024.

La position des fédérations hospitalières

Dans un communiqué publié en commun le 15 octobre 2025, la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), la Fédération des centres de lutte contre le cancer (Unicancer) et la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fehad), que le rapporteur général a entendues avec le plus vif intérêt, estiment que :

– « jamais l'Ondam n'a été aussi bas et aussi éloigné de la hausse tendancielle des besoins, liée au vieillissement de la population, à la progression des maladies chroniques et à l'inflation ; concrètement, c'est 1,1 milliard d'euros qui manqueront aux établissements de santé en 2026, soit l'équivalent de 20 000 postes d'infirmiers qui ne pourront pas être pourvus alors même que les recrutements s'améliorent ; les tarifs hospitaliers seront mécaniquement très négatifs l'an prochain ; cela sera probablement la plus forte baisse tarifaire depuis la mise en place de la tarification à l'acte » ;

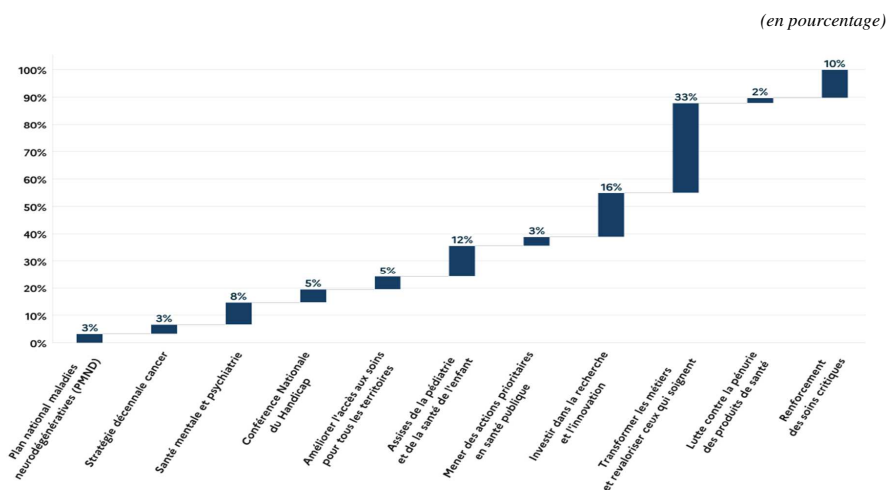
– « la santé doit demeurer une priorité politique et budgétaire ; elle est, au même titre que la défense, la justice ou l'intérieur, un pilier régalien, un ciment de notre démocratie ; [le] Gouvernement [doit] ouvrir, sans délai, un dialogue de fond avec l'ensemble des acteurs afin de corriger la trajectoire et de porter l'Ondam [des] établissements de santé à + 3 %, niveau minimal pour préserver les capacités de soin et d'investissement » ;

– « si le Gouvernement a décidé de suspendre la réforme des retraites, il doit en faire de même avec la hausse des cotisations CNRACL, dont l'impact [sic] viendrait encore aggraver la situation financière des établissements publics ».

Source : site internet de chacune des quatre fédérations signataires.

Les priorités de l'exécutif en matière de santé, de recherche, d'innovation et d'accès aux soins se traduiraient par un effort de 0,4 milliard d'euros, dont un tiers pour la revalorisation des métiers dans les établissements hospitaliers.

RÉPARTITION DES MESURES NOUVELLES POUR L'HÔPITAL EN 2026

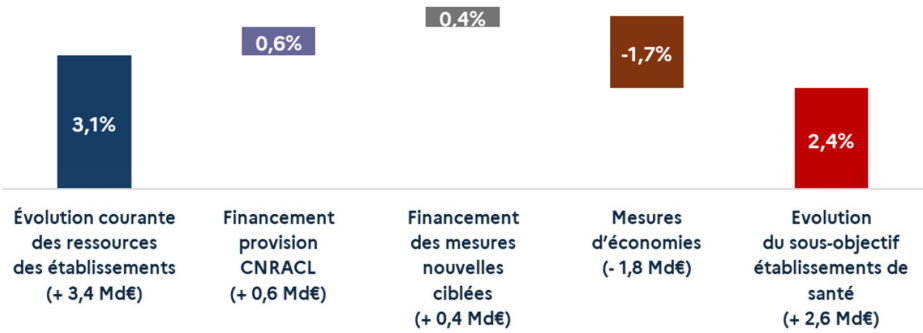


Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Enfin, les économies dans le périmètre du deuxième sous-objectif : outre leur part commune avec les soins de ville (transferts de l'assurance maladie obligatoire aux complémentaires, aux employeurs et aux ménages), il faut citer 0,7 milliard d'euros de mesures d'efficience dans le fonctionnement des établissements, sans plus d'explication dans l'annexe 5 du PLFSS pour 2026.

COMPOSITION DE LA HAUSSE DU SOUS-ONDAM DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN 2026

(en pourcentage)



Source : annexe 5 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

*
* *

Article 50

Dotations au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert de la compensation de sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses liées aux dispositifs de prise en compte de la pénibilité

Cet article fixe, pour 2026, le montant des dotations suivantes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour le financement :

- du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) ;
- du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) ;
- du versement de la branche AT-MP au bénéfice de la branche maladie pour compenser la sous déclaration des accidents de travail ;
- des fonds destinés au financement des dispositifs de retraite anticipée pour incapacité permanente et au titre du compte personnel de prévention.

I. LES DISPOSITIFS D'INDEMNISATION RELATIFS À L'AMIANTE

• Les dispositifs d'indemnisation des victimes de l'amiante sont répartis entre deux fonds distincts dont l'objet de même que les modalités de dotation par la branche AT-MP diffèrent.

A. LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE, CADRE D'INDEMNISATION DES PRÉJUDICES LIÉS À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE ET ENVIRONNEMENTALE À L'AMIANTE

• Le **fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante** (FIVA) est un établissement public national à caractère administratif (EPA) institué par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et dont les comptes sont distincts de ceux de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Il assure la réparation intégrale des préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux des victimes de l'amiante et de leurs ayants droit, que les maladies développées fassent suite à une exposition dans un cadre professionnel (« exposition professionnelle ») ou non (« exposition environnementale ») ⁽¹⁾.

Les maladies éligibles aux indemnisations relevant du FIVA recouvrent :

– celles qui figurent aux tableaux n° 30, 30 *bis* et 30 *ter* de l'annexe II à l'article R. 461-3 du code de la sécurité sociale ;

(1) Le préjudice patrimonial est un préjudice qui peut faire l'objet d'une quantification monétaire. Il peut recouvrir la perte de revenus de la personne faisant l'objet du préjudice ainsi que les frais médicaux associés. Le préjudice extrapatrimonial renvoie à l'ensemble des préjudices de nature non-économique à l'instar de préjudices moraux ou physiques, d'agrément (la perte de capacité à pratiquer un loisir) ou d'affection (la perte d'un proche).

- une série de cancers des voies respiratoires ⁽¹⁾ ;
- toute maladie dont le lien avec une exposition à l’amiante est reconnu par le Fiva après analyse par une commission dédiée ⁽²⁾.

UNE CROISSANCE DES CAS DE CANCERS BRONCHO-PULMONAIRES
DANS LES DOSSIERS D’INDEMNISATION DES VICTIMES DE L’AMIANTE

◆ Évolution des pathologies dont le lien avec l'amiante a été établi par la CECEA depuis 2022

	2022	2023	2024
Cancers broncho-pulmonaires primitifs	59,7 %	65,8 %	70,1 %
Epaississements et épanchements pleuraux	21,0 %	8,1 %	9,1 %
Asbestose	16,9 %	22,5 %	16,2 %
Cancers du larynx	1,6 %	3,6 %	3,4 %
Cancers de l'ovaire	0 %	0 %	1,2 %

Source : FIVA, rapport d’activité, p. 39.

Le financement du Fiva est opéré au moyen de deux instruments financiers : une contribution de la branche AT-MP du régime général d’une part et une contribution du budget de l’État au titre de la loi de finances d’autre part.

Pour l’année 2025, la dotation prévue au titre de la mission *Santé* du projet de loi de finances (programme *Protection maladie*, action 3) **s’établissait à 8 millions d’euros, soit un montant identique à celui prévu pour l’année 2024** ⁽³⁾. Une mise en réserve est néanmoins appliquée de façon régulière avec, en 2024, un montant de 500 000 euros.

La contribution versée par la branche AT-MP représente ainsi plus de 82 % des financements du Fiva pour un **montant total promulgué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 de 465 millions d’euros** ⁽⁴⁾.

● Pour l’année 2026, le I du présent article **diminue la dotation versée par la branche AT-MP au Fiva à hauteur de 387 millions d’euros** contre 465 millions en 2025, soit une diminution de 16 %.

(1) Article 1er de l’arrêté du 5 mai 2002. Les cancers concernés sont les suivants : le mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péritoine, du péricarde, ainsi que les autres tumeurs pleurales primitives et les plaques calcifiées ou non, péricardiques ou pleurales, unilatérales ou bilatérales.

(2) Article 7 du décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 relatif au fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante institué par l’article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

(3) *Projet annuel de performances, Programme 183 Protection maladie*, p. 10, 31 décembre 2024.

(4) *Rapport n° 487 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (n° 325)*, 25 octobre 2024, p. 292.

Cette baisse marque une rupture avec la dynamique haussière des ressources du Fiva depuis 2021. Votre rapporteur note toutefois que l'exposé des motifs du présent article indique « une hausse globale de la demande de 4,9 % » par rapport à 2025, sous l'effet notamment d'une hausse du recours au FIVA par l'application de l'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 ⁽¹⁾.

Si ses auditions ont permis de relever qu'en l'état le montant de la dotation permettait de répondre « aux besoins d'indemnisation identifiés », votre rapporteur s'interroge toutefois quant à cette évolution baissière ⁽²⁾.

DOTATIONS ÉTAT ET ASSURANCE-MALADIE AU FIVA DEPUIS 2020

Période/Années	Dotation de l'État (après mise en réserve)	Dotation de la branche AT/MP	Total des dotations	Dotations versées*
2001 - 2017	490,5	4 948	5 438,5	5 370,5
2018	7,76	270	277,76	267,76
2019	7,76	260	267,76	267,76
2020	7,68	260	267,68	227,68
2021	7,68	220	227,68	247,68
2022	7,68	220	227,68	247,68
2023	7,68	220	227,68	307,68
2024	7,56	353	360,56	347,56
TOTAL	544,3	6 751	7 295,3	7 284,3

Source : Fiva, rapport annuel d'activité 2024, 24 juillet 2025, p. 50.

B. LE CADRE D'INDEMNISATION CIBLÉ SUR L'EXPOSITION DANS UN CADRE PROFESSIONNEL

● **Le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante** a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 afin de financer le dispositif de cessation anticipée d'activité à partir de 50 ans des salariés atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante ou ayant été exposés dans un cadre professionnel sous certaines conditions ⁽³⁾.

La gestion du fonds pour le compte de la Caisse nationale de l'assurance maladie a été confiée à la Caisse des dépôts et consignations. Il finance :

– l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata) qui constitue son premier poste de dépenses ;

(1) L'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 donnait au fonds la capacité de requérir de tout service de l'État, collectivité publique ou organisme de la sécurité sociale des informations ou données personnelles permettant d'identifier des bénéficiaires potentiels.

(2) Audition de Mme Anne Thiebauld, directrice des risques professionnels de la caisse nationale de l'Assurance maladie, 16 octobre 2025.

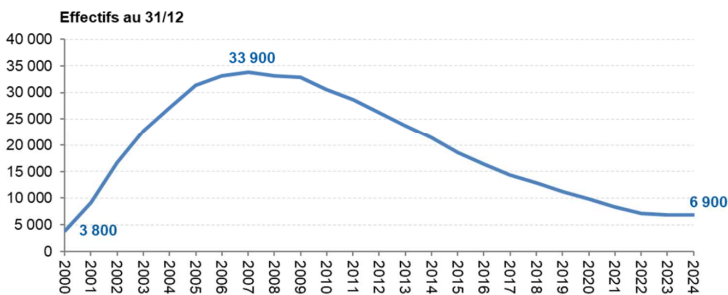
(3) Les travailleurs concernés par ces conditions sont ceux ayant exercé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, du flocage et de calorifugeage à l'amiante ou dans des établissements de construction et de réparation navales.

- la cotisation d’assurance vieillesse volontaire et de retraite complémentaire des assurés bénéficiant de la cessation anticipée d’activité ;
- un transfert à la Caisse nationale d’assurance vieillesse de compensation des dépenses supplémentaires que les régimes de base assument au titre du maintien à 60 ans de l’âge d’ouverture des droits à pension les concernant.

Entre 2023 et 2024, le fonds a vu son nombre de bénéficiaires augmenter pour la première fois depuis 16 ans de 100 allocataires pour atteindre un total de 6 900 personnes ⁽¹⁾.

UN EFFECTIF D’ALLOCATAIRES DU FCAATA STABLE DEPUIS 2023

Graphique 2 • Effectifs d’allocataires du Fcaata au 31 décembre



Source : projet de loi d’approbation des comptes de la sécurité sociale de l’année 2024, Rapport d’évaluation des politiques de sécurité sociale : annexe 1, accidents du travail-maladies professionnelles, 2025, p. 103.

• Toutefois, votre rapporteur relève un dynamisme plus prononcé encore des charges pesant sur le Fcaata (plus de 284 millions d’euros entre 2023 et 2025).

Cette situation résulte notamment de la revalorisation du montant de l’allocation de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante (+ 5,3 % entre 2023 et 2024) et de montants d’allocation octroyés plus élevés pour les bénéficiaires qui entrent dans le dispositif, au nombre de 2 330 personnes en 2024 ⁽²⁾.

UNE ÉVOLUTION DYNAMIQUE DES DÉPENSES DU FCAATA
ENTRE 2023 ET 2025

CHARGES	En millions d’euros					
	2023	%	2024	%	2025(p)	%
Au titre du FCAATA	584	-1,5	738	26,4	868	17,5
Allocation ACAATA	364	-2,4	385	5,8	403	4,5
Prise en charge de cotisations d’assurance volontaire vieillesse	206	-2,9	223	8,4	232	4,0
Prise en charge de cotisations de retraite complémentaire	42	-1,2	45	6,9	47	4,0
Transfert à la CNAV au titre de la compensation des départs dérogatoires	53	12,5	53	-1,3	55	4,0
Autres charges du FCAATA gérées par la CDC	58	-11,8	59	2,1	64	7,3
Charges de gestion	0	-89,6	0	11,4	0	0,0
Contribution de la CNAM-AT au FIVA	4	-1,6	5	6,6	5	3,9
	220	0,0	353	60,5	465	31,7

(1) *Projet de loi d’approbation des comptes de la sécurité sociale de l’année 2024, Rapport d’évaluation des politiques de sécurité sociale : annexe 1, accidents du travail-maladies professionnelles, 2025, p. 50.*

(2) *Ibid.*, p. 49.

Source : projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : annexe 1, accidents du travail-maladies professionnelles, 2025, p. 103.

● Au titre de l'année 2026, les prévisions du Gouvernement indiquent que les dépenses liées au Fcaata devraient diminuer à hauteur de 1,3 % entre 2025 et 2026 principalement du fait de :

– la mesure de gel des prestations sociales (dite « année blanche ») qui permettrait de contenir la hausse des dépenses liées à l'allocation à hauteur de 1,5 % ⁽¹⁾ ;

– la diminution des départs dérogatoires à la retraite induisant une réduction de la charge du Fcaata au titre du transfert au bénéfice de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

Dès lors et au regard du résultat excédentaire du fonds en 2025, à hauteur de 14 millions d'euros, le Gouvernement a proposé au **II du présent article** de fixer à **374 millions d'euros la dotation de la branche pour l'année 2026**. Ce montant est en diminution, par rapport à 2025, de 79 millions d'euros, soit de 17,4 % du montant adopté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

II. LA DOTATION AU BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE MALADIE POUR COMPENSATION DE LA SOUS-DÉCLARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

● La sous-déclaration structurelle des maladies professionnelles du fait de modalités de diagnostic inadéquates, d'une information des patients réduite ou d'incitations à la sous-déclaration de la part des employeurs induit une charge supplémentaire pour la branche maladie ⁽²⁾.

Les articles L. 176-1 et L. 176-2 du code de la sécurité sociale encadrent les conditions de sa compensation par la branche AT-MP. Celle-ci est estimée à partir d'un rapport rendu sur une base triennale par la commission prévue à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale ⁽³⁾. Elle fait l'objet d'un vote annuel en loi de financement de la sécurité sociale.

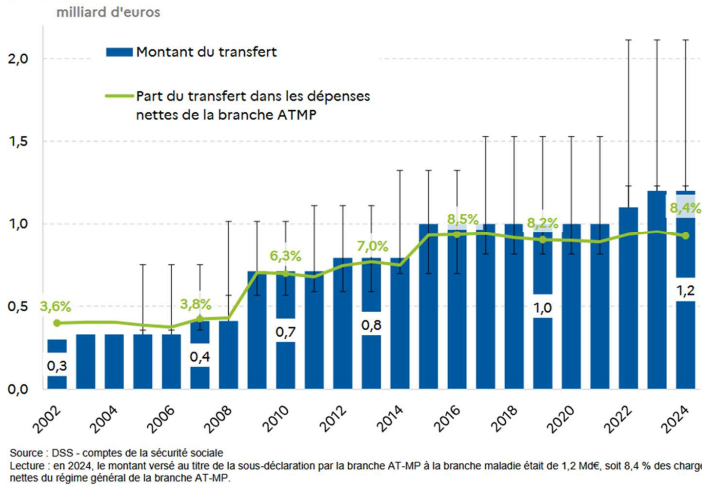
(1) La croissance serait principalement liée à une hausse du montant moyen de la pension, le montant de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amianté étant déterminé sur la base des derniers salaires perçus. *Source : exposé des motifs du présent article 50.*

(2) *Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : annexe 1, accidents du travail-maladies professionnelles, 2025, p. 33.*

(3) *La prochaine échéance de remise du rapport est fixée à 2027.*

UN TRANSFERT QUI REPRÉSENTE PRÈS DE 8 % DU MONTANT DES DÉPENSES DE LA BRANCHE AT-MP

Graphique 2 • Montant du transfert et part des dépenses de la branche AT-MP



Source : projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : annexe 1, accidents du travail-maladies professionnelles, 2025, p. 33.

Entre 2021 et 2024, l'estimation du surcoût lié à la sous-déclaration était établie entre 1,2 et 2,1 milliards d'euros. Dans son rapport du 30 juin 2024, la commission a toutefois relevé son estimation à un montant compris entre 2 et 3,8 milliards d'euros ⁽¹⁾.

Pour l'année 2025, le **montant du transfert au bénéfice de l'assurance maladie s'élevait à 1,6 milliard d'euros**, cette hausse par rapport au montant de 2024 a contribué à l'évolution déficitaire de la branche en 2025 ⁽²⁾.

• Pour l'année 2026, le **III du présent article maintient à un niveau identique le montant du transfert** qui demeure, ce faisant, inférieur à l'estimation de la commission chargée d'évaluer le surcoût de la sous-déclaration. En revanche, l'exposé des motifs **indique qu'une augmentation « progressive » de 400 millions d'euros** pourra être intégrée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 afin de renouer avec la doctrine de fixation du montant de la dotation sur la base de la borne inférieure de l'estimation de la commission ⁽³⁾.

(1) Rapport au Parlement et au Gouvernement, Estimation du coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles : synthèse, 30 juin 2024, p. 4.

(2) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2025, p. 158.

(3) Exposé des motifs du présent article 50.

III. LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION DE LA PÉNIBILITÉ : UN MONTANT EN AUGMENTATION

• Aux termes de l'**article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale**, l'âge d'ouverture des droits à la retraite est abaissé à 60 ans pour les assurés dont l'incapacité permanente est au moins égale à 20 %. Dans le cas d'un taux d'incapacité compris de 10 % à 19 % l'âge de départ en retraite est diminué de deux années, soit 62 ans en l'état du droit. Dans les deux cas, la pension liquidée par les assurés faisant l'objet de ces dispositifs de retraite anticipée est calculée sur la base d'un taux plein.

Parallèlement, l'**article L. 4163-1 du code du travail** prévoit qu'en cas d'exposition au-delà de certains seuils à plusieurs facteurs de risques professionnels, des droits sont attribués sous la forme de points aux salariés au titre de leur **compte personnel de prévention (C2P)**. Ils permettent au salarié qui en bénéficie de financer ses démarches de formation continue, de réduire son temps de travail ou de bénéficier d'une majoration des trimestres d'assurance dans le cadre de sa retraite.

La branche AT-MP est chargée, en application des articles L. 245-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime, d'assurer le financement de ces dispositifs qui occasionnent, d'une part, un surcroît de dépenses pour la branche vieillesse – s'agissant de la retraite anticipée et de la fraction du C2P utilisée aux fins de majoration des trimestres – et d'autre part, d'une charge supplémentaire pour la branche AT-MP en cas d'utilisation des droits accumulés au titre du C2P pour bénéficier d'une réduction du temps de travail ou de modules de formation continue ⁽¹⁾.

Au titre de l'année 2025, elle a ainsi :

– contribué à ce surcroît de dépenses prévu à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale au moyen d'une dotation de **220,7 millions d'euros** dont **105 millions d'euros au titre du C2P** et **116 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée** ;

– contribué de façon équivalente à la charge supplémentaire s'agissant du régime de protection sociale des travailleurs agricoles pour un total de 9,7 millions d'euros ⁽²⁾.

Pour l'année 2026, le **IV** du présent article prévoit une augmentation du montant de la dotation :

– à hauteur de 223 millions d'euros pour la dotation mentionnée à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, dont **157 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée** et **66 millions d'euros pour le compte professionnel de prévention** ;

(1) En application des 1° et 2° du I de l'article L. 4163-7 du code du travail.

(2) Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, article 95.

— à hauteur de 13,79 millions d’euros pour le régime des travailleurs agricoles, dont 13,29 millions d’euros au titre de la retraite anticipée et 0,5 million au titre du compte professionnel de prévention.

● Au-delà d’une augmentation générale du montant de ces dotations, dans des proportions plus significatives pour la branche AT-MP des salariés agricoles, votre rapporteur relève une très forte modification de la répartition des crédits alloués avec **une diminution de près de 40 millions d’euros du montant de la dotation** spécifique au C2P, s’agissant de la dotation prévue par le septième alinéa de l’article L. 242-5 du code de la sécurité sociale.

*

* *

Article 51

Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

Cet article fixe l’objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour l’année 2026. Il intègre l’ensemble des mesures du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale et les dépenses anticipées au regard des différents régimes d’indemnisation de la branche.

L’objectif fixé pour l’année 2026 est de 18 milliards d’euros et traduit une hausse de son montant de 500 millions d’euros (+ 3,3 %) par rapport à 2025.

I. UNE BRANCHE POUR LA PREMIÈRE FOIS DÉFICITAIRE DEPUIS 2013

A. UN DÉFICIT ESTIMÉ À UN DEMI-MILLION D’EUROS ALORS MÊME QUE LA SINISTRALITÉ DIMINUE DE FAÇON RÉGULIÈRE

● Au terme de l’article 1^{er} du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) est présentée, pour la première fois depuis 2013, **en déficit à hauteur de 500 millions d’euros**.

Par comparaison, la branche affichait un excédent record en 2022 et 2023 de 1,7 et 1,4 milliard d’euros ⁽¹⁾. Un repli avait néanmoins été observé en 2024, l’excédent de la branche n’étant plus affiché qu’à 0,7 milliard d’euros, soit une diminution de 46,3 % par rapport à 2023 ⁽²⁾. En conséquence, la branche a vu son résultat diminuer de plus de 2 milliards d’euros en l’espace de trois ans.

(1) Rapport n° 18 fait au nom de la mission d’évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les grands enjeux de la branche accidents du travail et maladie professionnelles, p.44, 9 octobre 2024.

(2) Rapport n° 487 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025 (n° 325), p.319, 25 octobre 2024.

Cette situation est, en premier lieu, expliquée à raison d’une augmentation des charges supportées par la branche AT-MP. Ainsi, les dépenses d’indemnités journalières – versées par la branche en cas d’arrêt conséquence à un arrêt de travail ou à une maladie professionnelle – ont augmenté de 2,4 milliards d’euros en dix ans ⁽¹⁾. Elles représentent en 2023, près de 5,3 milliards d’euros ⁽²⁾.

DES DÉPENSES D’INDEMNITÉS JOURNALIÈRES DONT LE POIDS VA CROISSANT DANS L’ENSEMBLE DES CHARGES DE LA BRANCHE AT-MP ⁽³⁾

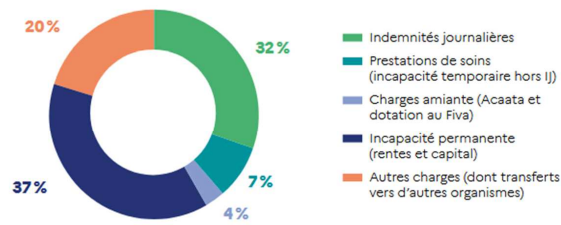
Tableau 1 Indemnités journalières versées par les régimes de base

	En milliards d’euros					
	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Maladie	7,4	11,8	10,8	12,5	11,4	12,1
dont indemnités hors Covid-19	7,4	9,4	9,9	10,7	11,3	12,1
dont indemnités liées au Covid-19		2,4	0,9	1,8	0,1	
Accidents du travail-maladies professionnelles	2,9	3,9	4,2	4,5	4,8	5,3
Maternité-paternité	3,3	3,3	3,6	3,9	3,8	3,9
Ensemble	13,6	19,1	18,7	20,9	20,1	21,3
Évolution (en %)	4,1	20,0	-2,3	12,0	-4,0	6,2
Ensemble hors liées au Covid-19	13,6	16,7	17,7	19,1	20,0	21,3
Évolution (en %)	4,1	4,9	6,0	7,9	4,4	6,8

Champ > France, ensemble des régimes de base d’assurance maladie, hors fonction publique (données non disponibles).
Source > CNAM, DSS ; calculs DREES.

DES DÉPENSES D’INDEMNITÉS JOURNALIÈRES QUI REPRÉSENTENT LE DEUXIÈME POSTE DE DÉPENSES DE LA BRANCHE ⁽⁴⁾

Les charges de la branche AT-MP en 2024



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2025.

Cette hausse du poste de dépenses lié aux indemnités journalières est expliquée principalement par l’augmentation de la durée moyenne des arrêts de travail ⁽⁵⁾, de plus de cinq jours entre 2023 et 2024.

(1) Drees, « Les dépenses de santé en 2024 : les indemnités journalières », édition 2025, p. 145. Les indemnités journalières versées par la branche AT-MP le sont en application de l’article L. 433-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Ibid., p. 145.

(3) Ibid., p. 145.

(4) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2025, p. 158.

(5) Pour cause d’accident de travail ou de maladie professionnelle.

En moyenne, en 2024, un salarié du régime général victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle est arrêté pendant une durée de 163 jours ⁽¹⁾. Cet allongement de la durée moyenne d'arrêt est d'ailleurs doublement coûteux pour les finances publiques. D'une part en ce qu'il traduit un allongement de la durée d'indemnisation par la collectivité de la perte de revenus d'un assuré. D'autre part en ce qu'il traduit également le passage de certains bénéficiaires à un régime d'indemnisation plus favorable passé vingt-huit jours d'arrêt ⁽²⁾.

● Pourtant, la hausse liée à l'indemnisation des dépenses des arrêts de travail résultant d'accidents de travail ou de maladies professionnelles s'inscrit dans un contexte où la sinistralité est moins importante, du fait notamment de la diminution des accidents de travail et des accidents de trajet ⁽³⁾. En ce sens, la direction des risques professionnels de l'assurance maladie a relevé que le niveau de sinistralité pour les seuls accidents du travail et accidents de trajet n'était pas revenu à son niveau pré-crise sanitaire ⁽⁴⁾.

Toutefois, cette diminution de la sinistralité doit être relativisée au regard de l'augmentation, de plus de 7 points de pourcentage de la part des AT-MP donnant lieu à un arrêt de travail ou à une indemnisation.

DES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES DONNANT PLUS SOUVENT LIEU À ARRÊT OU ENTRAÎNANT PLUS RÉGULIÈREMENT UNE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Tableau 1 • Accidents du travail, de trajet et maladies professionnelles dont sinistres reconnus ayant entraîné un arrêt de travail ou une incapacité permanente sur la période 2012-2023

Catégorie de sinistre (en milliers)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Accidents du travail	943	904	896	876	861	866	892	881	715	777	744	718
dont avec arrêt de travail ou incapacité permanente	642	619	622	625	627	634	652	656	540	605	564	556
Accidents de trajet	123	130	119	119	121	127	138	138	108	120	124	127
dont avec arrêt de travail ou incapacité permanente	89	92	85	87	88	92	98	99	79	89	89	94
Maladies professionnelles	72	68	68	65	64	66	65	69	54	64	67	69
dont avec arrêt de travail ou incapacité permanente	53	51	51	50	48	48	49	50	40	47	44	47
Total sinistres	1 138	1 102	1 083	1 060	1 046	1 059	1 095	1 088	877	961	935	914
dont avec arrêt de travail ou incapacité permanente	785	761	758	762	763	773	798	804	659	741	698	697
Part des AT-MP induisant un arrêt de travail ou une incapacité permanente	69,0%	69,1%	70,0%	71,9%	72,9%	73,0%	72,9%	73,9%	75,2%	77,1%	74,7%	76,3%

Champ : Régime général
Source : CNAM Données nationales AT/MP issues des bases ORPHEE pour les sinistres reconnus et des bases annuelles SNTRP sur les 9 Comités techniques nationaux, sections au taux FSNA/bureaux, compte spécial (hors catégories professionnelles particulières) pour les sinistres avec arrêt de travail ou IP en premier règlement d'une prestation en espèces datés par ce premier règlement.

● S'agissant des recettes, le financement de la branche AT-MP repose presque exclusivement sur le prélèvement de cotisations sociales patronales, à hauteur de 94,3 % ⁽⁵⁾.

(1) *Projet de loi n° 1907 de financement de la Sécurité sociale pour 2026, article 28, « exposé des motifs », p.71, 14 octobre 2025.*
(2) *En application des articles L. 433-3 et R. 433-3 du code de la sécurité sociale, le taux d'indemnité est porté à 80 % du salaire journalier à partir du vingt-neuvième jour d'arrêt contre 60 % auparavant.*
(3) *Rapport annuel 2023 de l'assurance maladie – risques professionnels, « Éléments statistiques et financiers », p. 2, décembre 2024.*
(4) *Ibid.*
(5) *Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, « Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : synthèse », p.15, 2025.*

Le taux moyen national de cotisation est de 2,12 % et s'applique à l'ensemble de la rémunération brute versée au salarié. Concernant le caractère incitatif de la tarification, il est à relever que près de 78,4 % des cotisations appliquées aux entreprises sont liées à leur niveau de sinistralité ⁽¹⁾.

Entre 2024 et 2025 les ressources de la branche AT-MP ont augmenté bien moins vite que ses dépenses, de l'ordre 0,8 % contre 6,0 % s'agissant des dépenses ⁽²⁾.

Cette situation est due à un dynamisme particulier des dépenses mais également à la baisse des recettes de cotisations de la branche AT-MP au profit de la branche vieillesse prévue par la réforme des retraites de 2023 (mécanisme dit du « swap de taux »).

Le mécanisme du « swap de taux » entre les branches vieillesse et AT-MP

Le mécanisme de transfert de taux entre la branche vieillesse et la branche AT-MP est une disposition issue de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

Celle-ci prévoyait de compenser la hausse du taux de cotisation vieillesse par une diminution symétrique du taux de cotisation appliqué au titre de la branche AT-MP.

Il s'agit en conséquence d'un transfert de la branche AT-MP au profit de la branche vieillesse.

L'ampleur de la compensation de taux entre les deux branches s'élève aujourd'hui à 0,21 point. Elle fait l'objet d'un ajustement annuel, par « effet de lien », en fonction des objectifs d'équilibre fixés pour les deux branches ⁽¹⁾.

(1) *Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, « Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : synthèse », p. 104, 2025.*

B. UN DÉFICIT ÉGALEMENT GÉNÉRÉ PAR UNE HAUSSE DU TRANSFERT RÉALISÉ AU PROFIT DE LA BRANCHE MALADIE ET DES DÉPENSES LIÉES À LA PRÉVENTION

● La sous-déclaration structurelle des maladies professionnelles du fait de modalités de diagnostic inadéquates, d'une information des patients réduite ou d'incitations à la sous-déclaration de part des employeurs induit une charge supplémentaire pour la branche maladie ⁽³⁾.

Les articles L. 176-1 et L. 176-2 du code de la sécurité sociale encadrent les conditions de la compensation par la branche AT-MP de cette même charge dont le montant est déterminé, chaque année, en loi de financement de la sécurité sociale.

(1) *Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, « Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : annexe I, accidents du travail-maladies professionnelles », p. 73, 2025.*

(2) *Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2025, p. 158.*

(3) *Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, « Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : annexe I, accidents du travail-maladies professionnelles », p. 33, 2025.*

Celui-ci est déduit d'un rapport rendu sur une base triennale par la commission prévue à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾.

Entre 2021 et 2024, l'estimation du surcoût lié à la sous-déclaration était établie entre 1,2 et 2,1 milliards d'euros. Dans son rapport remis le 30 juin 2024, la commission a toutefois relevé son estimation pour arriver à une fourchette comprise entre 2 et 3,8 milliards d'euros ⁽²⁾.

Pour l'année 2025, le montant du transfert effectué au bénéfice de l'assurance maladie s'élevait à 1,6 milliard d'euros, soit une « hausse d'un tiers » par rapport au montant de dotation de l'année précédente ⁽³⁾. Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale indiquait dès lors que, pour l'année 2025, les dépenses de la branche étaient « portées par la hausse du transfert au titre de la sous déclaration des AT-MP » ⁽⁴⁾.

• Au-delà de cette hausse des dépenses liées à la dotation réalisée au bénéfice de la branche maladie, la branche AT-MP a également vu ses charges croître en raison de l'augmentation des dépenses associées à la prévention des risques de pénibilité au travail.

Les dépenses ayant pour objet le financement d'actions de prévention ont ainsi plus que doublé entre 2023 et 2025, passant d'un montant de 167 millions à 349 millions d'euros ⁽⁵⁾.

Principale cause de cette augmentation, la loi de financement rectificative de la sécurité sociale du 14 avril 2023 a, en effet, élargi le champ d'action de la branche AT-MP en matière de prévention de la pénibilité au travail. Cet élargissement s'est traduit par :

– le déplafonnement du compte professionnel de prévention – financé par la branche AT-MP – afin de tenir compte de la polyexposition des salariés aux risques professionnels et de permettre un élargissement de son usage aux projets de reconversion professionnel ⁽⁶⁾ ;

– la création du **fonds d'investissement pour la prévention de l'usure professionnelle (Fipu)**, dont le montant pour l'année 2025 a été fixé à 200 millions d'euros et qui permet le financement d'aides directes aux entreprises (pour

(1) La prochaine échéance de remise du rapport est fixée à 2027.

(2) Rapport au Parlement et au Gouvernement, « Estimation du coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles : synthèse », p. 4, 30 juin 2024.

(3) Rapport n° 487 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025 (n° 325), p.297, 25 octobre 2024. Article 95 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la Sécurité sociale pour 2025.

(4) Rapport à la commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2025, p.158.

(5) Id., p. 159.

(6) L'exposition à un facteur de risque octroie un forfait de points à un bénéficiaire qui en fonction de la valeur des points cumulés peut s'engager dans une démarche de formation, de réduction du temps de travail ou de majoration du trimestre d'assurance. Avant 2023, l'exposition à plusieurs risques faisait l'objet d'un plafonnement par année d'exposition et à l'échelle de toute une carrière.

150 millions d'euros) afin de prévenir l'apparition de risques dits « ergonomiques » ⁽¹⁾.

Parallèlement, la convention d'objectifs et de gestion (COG) sur la période 2023-2028 a inscrit parmi ses quatre axes principaux « *le renforcement de la prévention des risques professionnels* » au moyen de subventions ciblées de prévention et de la signature de contrats de prévention ⁽²⁾.

Le montant total versé par la commission au titre des aides à la **prévention représente plus de 40 millions d'euros**. Les programmes bénéficiaires des subventions sont centrés sur la résolution des trois principaux risques professionnels répertoriés par la COG : les troubles musculo-squelettiques, les risques chimiques et les risques de chute ⁽³⁾.

II. UN DÉFICIT QUI TENDRAIT À S'AGGRAVER À HORIZON 2029

A. UNE AUGMENTATION PROGRESSIVE DU MONTANT DES CHARGES DE LA BRANCHE

● À l'horizon de 2030, le déficit de la branche AT-MP devrait croître d'après les prévisions issues du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour atteindre **un point bas en 2027, la branche étant déficitaire pour cette année-là à hauteur de 1,4 milliard d'euros** ⁽⁴⁾.

Le principal sous-jacent de cette tendance réside dans l'augmentation de la dotation de la branche au bénéfice de l'assurance maladie (*voir B du présent commentaire*).

Une faible résorption du montant du déficit est toutefois prévue par le texte dès 2028, celle-ci s'accroissant au cours de l'année 2029 sans toutefois parvenir à atteindre le niveau de déficit antérieur.

(1) La gestion du Fipu est confiée à la commission des accidents du travail et maladies professionnelles de l'assurance maladie. Le fonds peut financer tout à la fois des démarches de prévention des risques « ergonomiques » ou liés à l'apparition de troubles musculo-squelettiques. Parmi les démarches de prévention, le fonds peut également intégrer le financement d'actions de reconversion des professionnels exposés. Le montant alloué au Fipu alloué au titre de l'année 2025 est de 200 millions d'euros. Source : Arrêté du 29 novembre 2024 fixant, pour l'année 2025, la dotation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle prévu à l'article L. 221-1-5 du code de la sécurité sociale.

(2) Les contrats de prévention permettent notamment aux entreprises signataires de bénéficier d'avances en contrepartie d'actions de prévention ciblées.

(3) Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, « Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : synthèse », p. 6, 2025. Sur la base de données 2023.

(4) Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, « Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale : annexe I, accidents du travail-maladies professionnelles », p. 103, 2025.

UNE BRANCHE AT-MP QUI VOIT SON DÉFICIT S'AGGRAVER AVANT UNE RÉSORPTION
ACCENTUÉE EN 2029 ⁽¹⁾

Prévisions des recettes, dépenses et soldes des régimes de base et
du FSV

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2024	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
Maladie						
Recettes	239,2	245,1	255,0	261,5	268,2	275,3
Dépenses	253,0	262,3	267,5	275,3	283,2	291,3
Solde	-13,8	-17,2	-12,5	-13,8	-15,0	-16,1
Accidents du travail et maladies professionnelles						
Recettes	16,9	16,9	17,1	17,6	18,1	18,6
Dépenses	16,3	17,5	18,0	19,0	19,3	19,6
Solde	0,7	-0,5	-1,0	-1,4	-1,3	-0,9

● Toutefois, étant presque exclusivement issues de cotisations sociales, les recettes de la branche sont particulièrement sensibles à l'évolution de l'activité et de la masse salariale du secteur privé. Il n'est, dès lors, pas exclu que l'équilibre financier de la branche se dégrade de façon plus significative dans les prochaines années.

Enfin, votre rapporteur souligne que **le montant du transfert au bénéfice de la branche maladie demeure plus faible de 400 millions euros** que le montant de la borne inférieure de l'estimation réalisée par la commission chargée d'évaluer le surcoût de la sous déclaration.

**B. DES MESURES NOUVELLES QUI NE DEVRAIENT TOUTEFOIS PAS
SENSIBLEMENT DÉGRADER L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA BRANCHE**

● L'objectif de dépenses pour l'année 2026 de la branche AT-MP est **fixé à 18 milliards d'euros**. Parallèlement, le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit une série de trois mesures nouvelles dont le coût financier ne devrait pas produire d'effets significatifs sur l'équilibre de la branche en 2026.

Ainsi, pour l'année 2026 les mesures nouvelles relatives à la branche AT-MP devraient générer **une économie, toutes choses égales par ailleurs, de 13,4 millions d'euros** ⁽²⁾.

*

* *

(1) *Projet de loi n° 1907 de financement de la Sécurité sociale pour 2026, annexe, « Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de Sécurité sociale, ainsi que l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie pour les années 2026 à 2029 », p.159, 14 octobre 2025.*

(2) *Il s'agit d'une estimation réalisée sur la base de la somme de l'ensemble des effets financiers retracés dans l'annexe 9 du présent PLFSS pour les articles 28, 39 et 40.*

Article 52

Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2026

Cet article, l'un des cinq à être modifiés par la lettre rectificative, fixe l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2026.

Les dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base en matière de retraites avaient été fixées à 307,4 milliards d'euros dans le projet de loi initial.

L'objectif a été rehaussé à 307,5 milliards d'euros suite au dépôt par le Gouvernement de la lettre rectificative intégrant la mesure de suspension du report de l'âge de départ à la retraite et du relèvement de la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une retraite au taux plein, dont le dispositif figure à l'article 45 *bis*.

L'objectif de dépenses qui fait l'objet du présent commentaire constitue une disposition obligatoire au sens de la loi organique. La détermination d'objectifs de dépenses, bien que non contraignants, constitue l'une des raisons d'être des lois de financement.

En propos liminaire, la rapporteure souligne le fait que ces objectifs de dépenses pourraient être amenés à augmenter dans l'hypothèse où les dispositifs de l'année blanche et de la sous indexation des pensions de retraite de 0,9 point en 2027 puis de 0,4 point entre 2028 et 2030 seraient rejetés par la représentation nationale. Ils ont d'ailleurs déjà été rehaussés par rapport à la version initiale du projet de loi suite à l'intégration par lettre rectificative de la mesure de suspension de la réforme des retraites prévue à l'article 45 *bis*, et seront probablement encore réévalués lors du débat sur les modalités de mise en place de la suspension. Ainsi, la présentation et le commentaire des objectifs de dépenses de la branche vieillesse tels que présentés par le Gouvernement ne traduisent pas l'adhésion de la rapporteure sur leur montant ou opportunité, mais relèvent de l'exercice de sa fonction de rapporteure.

Article L.O. 111-3-5 du code de la sécurité sociale

« Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de l'année : [...]

« 2° Fixe les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que, le cas échéant, leurs sous-objectifs. La liste des éventuels sous-objectifs et le périmètre de chacun d'entre eux sont fixés par le Gouvernement après consultation des commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale ; »

L'objectif de dépense de la branche vieillesse présente naturellement un caractère particulier à deux égards :

– d'une part car il s'agit du premier poste de dépenses des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) ;

– d’autre part, compte tenu de la part que représentent les différents régimes au sein de cette branche, à la différence des branches famille ou autonomie, dans lesquelles le régime général constitue le seul régime de couverture de ces risques.

L’évolution des dépenses tient à un grand nombre de mouvements parfois contraires.

I. UNE HAUSSE PLUS MODÉRÉE DES DÉPENSES EN 2025

● Le solde de la branche vieillesse des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale s’est dégradé en 2024. Le déficit des seuls régimes de base, hors Fonds de solidarité vieillesse (FSV), s’est établi à – 5,6 milliards d’euros, soit une dégradation de 3 milliards d’euros par rapport à l’année précédente (– 2,6 milliards d’euros).

L’année 2025 poursuit cette trajectoire puisque le solde devrait, sur ce même périmètre, s’établir à – 6,3 milliards d’euros.

L’absence de publication du rapport d’automne à la commission des comptes de la sécurité sociale à la date de rédaction du présent commentaire empêche malheureusement toute analyse fine des causes de cette dégradation.

● Les dépenses de la branche vieillesse augmenteraient de 9,6 milliards d’euros en 2025. Traditionnellement, la dynamique de ces dépenses dépend de trois principaux facteurs :

– la hausse des effectifs de retraités, résultant à la fois des progrès de l’espérance de vie et de l’effet démographique lié à l’arrivée à l’âge de la retraite des générations du « baby-boom ». Ce double effet dégrade le ratio démographique du système de retraite dans son ensemble ⁽¹⁾. Il est ainsi passé de 1,6 cotisant pour un retraité au début des années 2000 à 1,3 cotisant pour un retraité aujourd’hui. Les relèvements successifs de l’âge légal au cours de la décennie 2010 conduisent à atténuer cet effet sans toutefois parvenir à le contenir intégralement, ce qui interroge sur la pertinence de cette politique ⁽²⁾ ;

– l’effet de noria, qui s’explique par le fait que les nouveaux retraités liquident des pensions de retraites dont le montant est en moyenne plus élevé que celui des retraités actuels du fait de carrières plus complètes, notamment chez les femmes, dont le taux d’emploi a progressivement augmenté ⁽³⁾ ;

(1) Ratio entre le nombre de cotisants et le nombre de retraités.

(2) Bien évidemment, et bien que cela ne fasse pas l’objet du présent commentaire, cet effet joue également pleinement pour les régimes complémentaires.

(3) La génération qui liquide aujourd’hui sa retraite à l’âge légal d’ouverture des droits, 62 ans et 9 mois, est née en 1963 et a donc connu une période d’activité des années 1980 aux années 2010 au cours desquelles le taux d’emploi des femmes a progressivement augmenté. Voir le commentaire de l’article 45.

– la revalorisation des pensions du fait de la forte inflation. Les règles d’indexation habituelle des pensions de retraite résultent en un décalage d’un an de la prise en compte de l’inflation sur le niveau des pensions et donc de sa répercussion sur les dépenses de retraites ⁽¹⁾. Les retraites ont ainsi fait l’objet d’une revalorisation de 2,2 % au 1^{er} janvier 2025, un taux en forte baisse par rapport à celui observé en 2024 (5,3 %).

● Comme en 2024, l’augmentation des dépenses ne serait pas compensée par la hausse des recettes bien que celles-ci s’accroîtraient davantage qu’en 2023 (+ 3,1 % par rapport à + 5,3 % en 2024). En valeur absolue, l’écart entre la hausse des dépenses (+ 9,6 milliards d’euros) et celle des recettes (+ 8,8 milliards d’euros) serait donc d’un peu moins de 1 milliard d’euros. Comme l’ont rapporté Mme Stéphanie Rist et M. Hadrien Clouet dans le rapport au nom de la Mission d’évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale ⁽²⁾, un point de cotisation supplémentaire devait théoriquement rapporter entre 6,2 milliards d’euros et 7,4 milliards d’euros selon que ce point portait sur l’assiette plafonnée ou l’assiette déplafonnée.

Autrement dit, une hausse limitée d’environ 0,85 point du taux de cotisation déplafonnée ou de 1,02 point du taux de cotisation plafonnée permettrait d’équilibrer le système en 2025.

LES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE EN 2024 ET 2025

(en milliards d’euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
2024	288,2	293,8	– 5,6
2025	297	303,4	– 6,3

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Ces prévisions prennent en compte les effets de la réforme des retraites adoptée en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 ⁽³⁾.

Elles intègrent également l’effet de la charge de transfert qui pèserait sur la Caisse nationale d’assurance vieillesse (Cnav) au titre de la sous-compensation de la réduction dégressive sur les cotisations de retraite complémentaire des salariés affiliés à l’Agirc-Arrco. En effet, l’Agirc-Arrco bénéficie d’une compensation « à l’euro près » des pertes de recettes provoquées par les exonérations de cotisations de retraite complémentaire applicables aux salaires compris entre 1 et 1,6 Smic ⁽⁴⁾. Cette compensation est versée par l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), qui bénéficie pour ce faire, et depuis 2019, d’une affectation de TVA. Or, le montant de TVA versé par l’État est depuis plusieurs années sous-

(1) Article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.
(2) Rapport d’information n° 302 de Stéphanie Rist et Hadrien Clouet sur la gestion de la dette sociale, 2 octobre 2024.
(3) Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.
(4) Au titre de la réduction dégressive sur les bas salaires prévue à l’article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

calibré par rapport au montant de la compensation versée à l’Agirc-Arrco. Selon les règles en vigueur, l’Acosse répercute cette sous-compensation sur le solde des branches du régime général, notamment l’assurance vieillesse.

II. UNE ÉVOLUTION DE L’OBJECTIF DE DÉPENSES GLOBALEMENT FRÉINÉE ET DES MESURES EN RECETTES QUI AMÉLIORENT LE SOLDE

A. LES PRÉVISIONS INITIALES DE DÉPENSES INTÈGRENT UNE ANNÉE BLANCHE SUR L’ENSEMBLE DES PRESTATIONS SOCIALES, GELANT LA REVALORISATION DES PENSIONS DE RETRAITES

• Les dépenses s’établiraient, selon le présent article, à 307,4 milliards d’euros, en hausse de seulement 4 milliards d’euros, correspondant à une augmentation très limitée de 1,3 %. Ces montants marquent un net infléchissement des dépenses par rapport aux années 2022 à 2024 :

ÉVOLUTION DES MONTANTS ET DE L’OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE VIEILLESSE DES ROBSS

(en milliards d’euros)

	2022	2023	2024	2025 (p)	2026 (p) *
Montants et objectifs des dépenses	263,3	275,1	293,8	303,4	307,4
Augmentation d’un exercice à l’autre (euros)	12,8	11,8	18,7	9,6	4
Augmentation d’un exercice à l’autre (pourcentage)	5,1 %	4,5 %	6,8 %	3,3 %	1,3 %

Source : annexe pluriannuelle du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et annexe pluriannuelle du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

* Avant dépôt de la lettre rectificative.

• Ce coup de frein s’explique essentiellement par la mesure prévue à l’article 44 du présent projet de loi, lequel organise une « année blanche » concernant les revalorisations de l’ensemble des prestations sociales dont les pensions de vieillesse. Comme il est précisé au commentaire dudit **article 44**, le coefficient de revalorisation serait nul alors que, selon les dernières prévisions, il aurait dû atteindre 1 % au 1^{er} janvier 2026.

L’on ajoutera que le projet de loi de financement prévoit de sous-indexer durablement les pensions de retraite puisque, dans la rédaction initiale du projet de loi, le coefficient de revalorisation applicable pour les années 2027 à 2030 devait être systématiquement amputé de 0,4 point, sur le modèle de ce que l’accord national interprofessionnel relatif à l’Agirc-Arrco prévoit pour les retraites complémentaires des salariés du privé pour les années 2024 à 2026 ⁽¹⁾.

(1) Article 4 de l’accord national interprofessionnel du 5 octobre 2023 relatif à la retraite complémentaire Agirc-Arrco.

La rapporteure pour la branche vieillesse déplore que le gel et la sous-indexation future des pensions touchent de manière indifférenciée tous les retraités, quelle que soit leur situation et niveau de pension. L’annexe 9 est en outre totalement muette sur l’effet que représente ce gel sur les pensions.

B. UN LÉGER REDRESSEMENT DES DÉFICITS EN 2026 QUI NE RÉGLE PAS LA SITUATION À LONG TERME

● L’augmentation des dépenses pour 2026 devait donc être très largement inférieure au rythme d’accroissement des recettes (+ 7,4 milliards d’euros). Cet écart dans l’évolution aurait entraîné une réduction du déficit de près de 3 milliards d’euros par rapport à 2024 (pour un solde de – 3,1 milliards d’euros).

La rapporteure souligne que, alors même que l’effort de redressement est considérable et socialement très inéquitable, il ne permettait pas à lui seul de rétablir l’équilibre de la branche malgré des économies anticipées de 2,7 milliards d’euros sur les prestations d’assurance vieillesse servies par l’ensemble des régimes de base.

ÉVOLUTION DES RECETTES, DÉPENSES ET SOLDE DE L’ASSURANCE VIEILLESSE (ROBSS) TELLE QUE PRÉVUE PAR LE PROJET DE LOI INITIAL

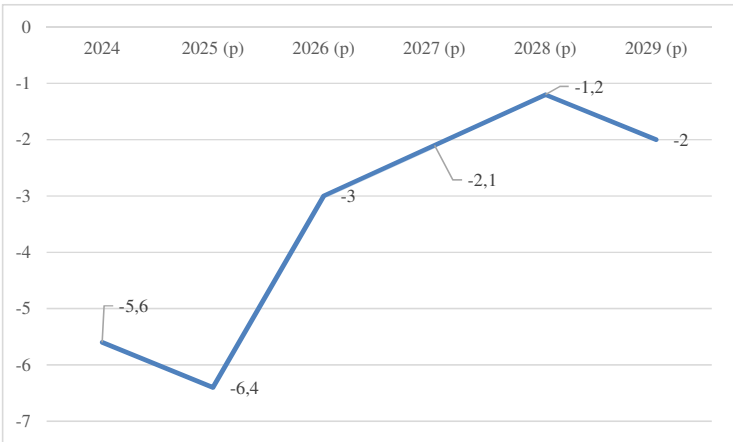
(en milliards d’euros)

	2024	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
Recettes	288,2	297	304,4	311,7	320,3	327,3
Dépenses	293,8	303,4	307,4	313,8	321,5	329,3
Solde	– 5,6	– 6,4	– 3	– 2,1	– 1,2	– 2

Source : annexe pluriannuelle au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

ÉVOLUTION DU SOLDE DE L’ASSURANCE VIEILLESSE (ROBSS HORS FSV)

(en milliards d’euros)



Source : annexe pluriannuelle au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Par ailleurs, il faut rappeler que cette trajectoire financière intègre des mesures fortement contestées :

– les effets pérennes du gel des prestations pour 2026 et de la sous-indexation des pensions entre 2027 et 2030 ;

– la hausse du taux de cotisations employeur des agents des fonctions publiques territoriale et hospitalière à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales au rythme de 3 points par an jusqu'en 2028 inclus, laquelle se répercute d'ailleurs partiellement sur le solde de la branche maladie à travers les dépenses engagées par les hôpitaux à ce titre.

Les gels discrétionnaires des pensions de retraite n'ont jamais constitué une politique socialement juste ni financièrement viable. Or, le sérieux budgétaire et la justice sociale ne doivent pas être opposés par pure approche partisane ou par principe idéologique.

C. LES DISPOSITIONS RÉSULTANT DE LA LETTRE RECTIFICATIVE

• Suite à l'engagement pris par le Premier ministre devant les députés le mardi 14 octobre 2025, le Gouvernement a déposé une lettre rectificative sur le bureau de l'Assemblée nationale le 23 octobre 2025 afin d'intégrer au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale un article 45 *bis* portant sur la suspension du report de l'âge de départ à la retraite et de l'augmentation de la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une retraite au taux plein.

Selon les données présentées par le Gouvernement, cette suspension se traduirait par des dépenses supplémentaires de 100 millions d'euros en 2026 puis 1,4 milliard d'euros en 2027 ⁽¹⁾. Cette hausse des dépenses donnerait lieu à compensation, en 2026, par l'affectation d'environ 100 millions d'euros du rendement de la taxe portant sur les organismes complémentaires d'assurance maladie, dont le taux est relevé de 2,05 % à 2,25 % ⁽²⁾. Par conséquent et pour tenir compte de cette nouvelle mesure, l'objectif de dépenses figurant au présent article a été ajusté à 307,5 milliards d'euros. La rapporteure souligne que l'augmentation des objectifs de dépenses de la branche vieillesse serait amenée à être réévaluée à la hausse lors des débats sur les modalités de la suspension de la réforme des retraites.

En 2027, la compensation serait effectuée, en l'état du texte, par une sous-indexation des pensions de retraite de 0,5 point supérieure à celle initialement prévue. En anticipant une revalorisation légale de 1,4 % au 1^{er} janvier 2027, une sous-revalorisation de 0,9 point engendrerait 1,5 milliard d'euros d'économies. Cela explique, comme le montre le tableau suivant, un solde de la branche vieillesse amélioré dans sa version rectifiée. La rapporteure désapprouve la décision du Gouvernement de faire reposer le financement de la suspension sur une sous-indexation supplémentaire des pensions de retraite, et soutiendra lors du débat budgétaire que d'autres pistes de financement plus justes sont possibles.

(1) On se reportera au commentaire de l'article 45 bis du présent projet de loi rectifié.

(2) On consultera sur ce point le commentaire de l'article 7 du présent projet de loi rectifié.

**ÉVOLUTION DES RECETTES, DÉPENSES ET SOLDE DE L'ASSURANCE VIEILLESSE (ROBSS)
RÉSULTANT DE LA LETTRE RECTIFICATIVE**

(en milliards d'euros)

	2024	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
Recettes	288,2	297	304,5	311,3	319,9	326,9
Dépenses	293,8	303,4	307,5	313,1	320,7	328,5
Solde	- 5,6	- 6,4	- 3	- 1,8	- 0,8	- 1,6

Source : annexe pluriannuelle du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Comme cela a été précisé en préambule, et indépendamment de la modification résultant de la lettre rectificative, la rapporteure souligne sa volonté de voir ces objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2026 augmentés. Cette position s'explique notamment par son opposition à l'année blanche et à la sous-indexation des pensions pour les années 2027 à 2030, mais également car la version de la suspension de la réforme des retraites soutenue par le groupe Socialistes et apparentés était en réalité plus ambitieuse que celle finalement retenue par le Gouvernement. Selon les calculs de la rapporteure, une véritable suspension jusqu'au 1^{er} janvier 2028, qui concernerait non seulement les carrières longues mais également les assurés de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte, devrait conduire à des dépenses supplémentaires de 500 millions d'euros, bien loin donc des 100 millions d'euros avancés par le Gouvernement.

*
* *

Article 53

Objectif de dépenses de la branche famille

Le présent article fixe l'objectif de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale à 59,4 milliards d'euros.

En 2025, le solde de la branche s'établit à 0,8 milliard d'euros. Il se maintiendrait en 2026 à hauteur de 0,7 milliard d'euros.

I. LA BRANCHE FAMILLE RESTE EXCÉDENTAIRE EN 2026 MALGRÉ D'IMPORTANTES TRANSFERTS DE RESSOURCES

En 2026, le solde tendanciel de la branche famille s'établirait à 1,4 milliard d'euros. La combinaison des mesures d'économies réalisées en dépenses (+ 0,9 milliard d'euros), du dynamisme des recettes (+ 4,2 milliards d'euros) et des transferts financiers au profit d'autres branches de la sécurité sociale (- 5,7 milliards d'euros) conduirait à un solde de 0,7 milliard d'euros.

1. L'évolution des dépenses de la branche famille en 2026

En 2026, les dépenses de la branche famille s'établiraient à 59,4 milliards d'euros, soit une progression de 0,1 milliard d'euros par rapport à 2025. Ce faible dynamisme s'explique par les mesures d'économies prévues par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Le gel des prestations familiales, au titre de l'année blanche, représentera ainsi une économie de 0,3 milliard d'euros pour la branche, à laquelle s'ajoutera le décalage de la majoration pour âge des allocations familiales de 14 à 18 ans, soit une économie de 0,2 milliard d'euros. Enfin, l'annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 anticipe une économie de 0,4 milliard d'euros sur les dépenses du Fonds national d'action sociale, en lien avec la faible dynamique des créations de places d'accueil formel du jeune enfant, en partie atténuée par le soutien aux offres d'accueil périscolaire.

2. L'évolution des recettes de la branche famille en 2026

Les recettes de la branche seraient dynamiques en 2026, et s'établiront à 60,1 milliards d'euros. Leur progression (+ 4,2 milliards d'euros) sera toutefois contrebalancée par d'importants transferts au profit d'autres branches de la sécurité sociale (– 5,7 milliards d'euros). Parmi les mouvements les plus importants, on retrouve :

- le bénéfice du nouveau dispositif de réduction générale dégressive unique, qui remplacera les dispositifs antérieurs des allègements généraux de cotisations sociales, à hauteur de 3,4 milliards d'euros ;

- 4,1 milliards d'euros de recettes transférées à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), par l'intermédiaire d'un panier de ressources composé de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances (1,5 milliard d'euros), de la taxe sur les véhicules de société (1 milliard d'euros) et des prélèvements sur les stock-options (1,6 milliard d'euros) ;

- une réaffectation de 0,69 point de contribution sociale généralisée (CSG) de la branche famille vers la branche maladie est également prévue, soit un transfert de recettes de 1,4 milliard d'euros.

II. L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE EN 2026

L'article 53 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe l'objectif de dépenses de la branche famille pour l'année 2026 à 59,4 milliards d'euros.

Le rapport annexé au présent projet de loi prévoit, en 2026, un solde positif pour la branche famille, à hauteur de **0,7 milliard d'euros**. Il progressera fortement à compter de 2027 (1,9 milliard d'euros), en 2028 (2,2 milliards d'euros) et en 2029

(2,4 milliards d’euros), sous l’effet de la baisse de la natalité qui réduit durablement les dépenses de la branche.

La rapporteure regrette que la réunion trop tardive de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) ne permette pas aux parlementaires de bénéficier du rapport habituellement présenté au mois de septembre. L’absence de ce document et la caducité du précédent rapport présenté en juin 2025 ne permettent malheureusement pas de commenter avec un détail comparable à celui des années passées les objectifs de dépenses de chaque branche.

Elle se félicite par ailleurs de la trajectoire financière positive de la branche famille, seule branche excédentaire de la sécurité sociale aujourd’hui. Elle souhaite souligner que, s’il est tout à fait opportun que les excédents de la branche puissent être mis à contribution de la réduction du déficit global de la sécurité sociale, ils doivent également permettre d’engager une réflexion collective sur la politique familiale française, en lien avec l’évolution des attentes des familles.

*

* *

Article 54

Objectif de dépenses de la branche autonomie

Le présent article fixe l’objectif de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale à 43,5 milliards d’euros.

I. LE SOLDE DE LA BRANCHE AUTONOMIE SE DÉGRADE FORTEMENT EN 2026

En 2026, le solde de la branche autonomie s’établirait à – **1,7 milliard d’euros**, contre – 0,3 milliard d’euros en 2025.

1. L’évolution des dépenses de la branche autonomie en 2026

Les dépenses de la branche autonomie s’élèveraient à **43,5 milliards d’euros** en 2026 contre 42 milliards en 2025, soit une progression de l’ordre d’1,5 milliard d’euros.

La trajectoire financière de la branche autonomie repose sur une progression des dépenses de 3,5 %, dont 2,4 % au titre du financement des établissements et services médico-sociaux en lien avec l’accroissement nécessaire de l’offre face au vieillissement démographique. Les dépenses de la branche progresseront également sous l’effet du financement de l’expérimentation de la fusion des sections dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et de la réforme des concours aux départements (+ 0,2 milliard d’euros).

2. L'évolution des recettes de la branche autonomie en 2026

Les recettes de la branche autonomie s'élèveraient à **41,8 milliards d'euros** en 2026, soit 0,1 milliard d'euros de plus qu'en 2025. La branche bénéficiera d'une réaffectation d'une fraction de taxe sur les salaires à hauteur de 0,2 milliard d'euros.

II. L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE EN 2026

L'article 54 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe l'objectif de dépenses de la branche famille pour l'année 2026 à 43,5 milliards d'euros.

L'annexe du présent projet de loi prévoit, en 2026, un solde négatif pour la branche autonomie, à hauteur de **-1,7 milliard d'euros**. Ce déficit se maintiendra pour les trois années suivantes.

Le rapporteur regrette que la réunion trop tardive de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) ne permette pas aux parlementaires de bénéficier du rapport habituellement présenté au mois de septembre. L'absence de ce document et la caducité du précédent rapport présenté en juin 2025 ne permettent malheureusement pas de commenter avec un détail comparable à celui des années passées les objectifs de dépenses de chaque branche.

En outre, il s'étonne du gel des recettes de la branche autonomie qui provoque son sous-financement structurel et planifié, dont témoigne la progression égale des recettes et des dépenses depuis 2022. Ce déficit maintenu n'est pas accidentel mais bien organisé : les annexes au PLFSS prévoient de le stabiliser à hauteur de - 1,7 milliard d'euros par an pendant trois ans, plutôt que de lever une contribution additionnelle dédiée, par exemple la CSG sur le capital ou les hauts revenus.

En l'état, ce financement ne correspond ni aux engagements des pouvoirs publics, ni aux attentes de la population : dégel des prestations, suppression des franchises médicales qui sabrent jusqu'à un tiers du revenu disponible, renoncement aux soins ou aux dispositifs de soutien au handicap, déremboursement de soins indispensables (comme psychologues ou fauteuils roulants), manque de moyens alloués aux MDPH qui génère des délais de traitement rocambolesques, multiplication des documents administratifs à remplir et adresser, absence de prise en charge des mobilités entre départements ou avec un reste à charge rébarbatif, saturation des établissements, discriminations dans le parc locatif, manque d'attractivité du médico-social dont les rémunérations se tassent depuis 20 ans, précarisation contractuelle, accidents du travail et décompressions sur l'établissement d'activité, rationnement des repas des résidents, obligation faite aux salariés de payer eux-mêmes le matériel à destination des résidents maltraités, concentration des établissements d'accueil entre les griffes de fonds vautours...

*

* *

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL ET LES RAPPORTEURS

(Par ordre chronologique)

➤ *Table ronde « État des lieux de la médecine du travail »*

– **Conseil national professionnel de la médecine du travail** – **M. Christophe Collomb**, président

– **Société française de santé au travail** – **Mme Sophie Fantoni-Quinton**, présidente, et **M. Jean-François Gehanno**, professeur de médecine du travail au centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen, membre du Haut Conseil de la santé publique

➤ **M. Pascal Chabot**, professeur à l’Institut des Hautes études des communications sociales (Ihecs)

➤ *Table ronde réunissant des représentants des sapeurs-pompiers*

– **Syndicat des sapeurs-pompiers volontaires de France** – **M. Bruno Ménard**, secrétaire général

– **Fédération autonome (SNSPP) - PATS** – **M. Frédéric Monchy**, président, et **M. Kenji Pere**, vice-président

– **Fédération CFDT Interco** – **M. Sébastien Bouvier**, secrétaire fédéral en charge des services départementaux d’incendie et de secours:

➤ *Table ronde « Les enjeux de pénibilité et les causes des accidents du travail au sein des professions de la petite enfance »*

– **Union nationale des syndicats autonomes (UNSA ProAssmat)** – **Mme Audrey Besnard-Lescene**, secrétaire générale

– **Union fédérative nationale des associations de familles d’accueil et assistants maternels (Ufnafaam)** – **Mme Sandra Onyszko**, directrice de la communication et du développement

– **Maison d’assistantes maternelles de La Bourgonce (Vosges)** – **Mme Margot Petit**, assistante maternelle professionnelle

➤ *Table ronde « Transport routier et accidents de travail »*

– **Fédération nationale des transporteurs routiers (FNTR)*** – **Mme Florence Berthelot**, déléguée générale, et **M. Erwan Pומרoulie**, responsable des affaires juridiques et sociales

– **Organisation des transporteurs routiers européens (Otre)*** – **M. Yannick Henry**, secrétaire général adjoint en charge du transport routier de personnes, et **Mme Laure Dubois**, secrétaire générale adjointe en charge du transport routier de marchandises

– **Union nationale des organisations syndicales des transporteurs routiers automobiles (Unostra)** – **M. Éric Clareton**, administrateur, et **Mme Ludivine Dubernet**, déléguée générale TPE-PME du transport routier

➤ *Table ronde réunissant des représentants des égoutiers de la Ville de Paris*

– **CGT Filière traitement déchets nettoyage eau égouts assainissement de la Ville de Paris (CGT FTDNEEA)** – **M. Frédéric Aubisse**, membre de la direction, administrateur de la CNRACL, et **M. Grégory Bruneau**, membre de la direction, secrétaire de la formation spécialisée de la santé et de la sécurité des conditions de travail

– **Force Ouvrière Ville de Paris** – **M. Eddy Harault** délégué syndical de la section de l'assainissement de la Ville de Paris, responsable d'un atelier d'égoutiers, et **M. David Planché**, délégué syndical adjoint de la section de l'assainissement de la Ville de Paris, responsable d'un atelier d'égoutiers

➤ *Table ronde :*

– **Mme Ludivine d'Ingeo Mahieu**, veuve d'un pompier décédé

– **CGT Sdis 59** – **M. Angelo Carlucci** et **M. Benjamin Calvario**

➤ *Table ronde avec les associations familiales*

– **Union nationale des associations familiales (Unaf)** – **M. Bernard Tranchand**, président, **Mme Guillemette Leneveu**, directrice générale, et **Mme Claire Ménard**, chargée des relations parlementaires

– **Conseil national des associations familiales laïques (Cnafal)*** – **M. Patrick Belghit**, président

– **Fédération nationale Familles de France** – **Mme Jacqueline Delannoy**, responsable de la vie associative et fédérale, **Mme Mireille Lachaud**, responsable du pôle Politique familiale, **M. Fauzi El Mazzouz**, chargé de mission Politique familiale, et **Mme Gabrielle Parisot**, déléguée générale

– **Confédération syndicale des familles (CSF)** – **M. Romain Biessy**, secrétaire général

➤ **Syndicat national des professionnels de la petite enfance (SNPPE)** – **M. Cyrille Godfroy**, co-secrétaire général

➤ *Table ronde avec des gestionnaires d'établissement sociaux et médicaux-sociaux*

– **Fédération hospitalière de France (FHF)*** – **M. Marc Bourquin**, conseiller Stratégie, responsable de l'articulation et de la coordination parcours, proximité, autonomie et territoire

– **Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (Synerpa)*** – **Mme Pauline Meyniel**, conseillère spéciale du président, et **Mme Laurène Ferran**, directrice des affaires publiques et des partenariats

– **Croix-Rouge française*** – **Mme Anne Baudrillard**, cheffe de projet filière Personnes âgées et domicile, **M. Claudy Jarry**, directeur général adjoint chargé de l'exploitation, et **M. Jean-Baptiste Kieffer**, directeur adjoint de la filière Personnes âgées et domicile

– **Nexem*** – **Mme Marie Aboussa**, directrice du pôle Offre sociale et médico-sociale, et **M. Charles Renard**, responsable des relations institutionnelles

– **Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa)*** – **Mme Clémence Lacour**, responsable des relations institutionnelles

– **Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements pour personnes âgées (Fnadepa)*** – **M. Jean-Pierre Riso**, président

➤ *Table ronde avec les fédérations de l'aide à domicile*

– **Adédom – La fédération du domicile** – **Mme Isabelle Herry**, responsable du service Activités du domicile

– **Aide à domicile en milieu rural (ADMR)** – **M. Jérôme Perrin**, directeur développement et qualité

– **Fédération française des services à la personne et de proximité (Fedesap)*** – **M. Frank Nataf**, président, et **Mme Anne Richard**, directrice Relations institutionnelles et métiers

– **Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (Synerpa)*** – **Mme Pauline Meyniel**, conseillère spéciale du président, et **Mme Laurène Ferran**, directrice des affaires publiques et des partenariats

– **Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire (Fnaafp)** – **M. Jean-Laurent Clochard**, responsable du pôle Familles - Aide à domicile

– **Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA)** – **M. Vincent Vincentelli**, directeur du pôle Politiques publiques

➤ **Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss)** – **M. Damien Ientile**, directeur, **Mme Caroline Rossigneux-Meheust**, directrice de la communication et des relations publiques, secrétaire générale du conseil d'administration, **M. Emmanuel Laurent**, directeur de la direction centrale

Trésorerie banque financement & investissement, et **M. Emmanuel Dellacherie**, directeur de la réglementation, du recouvrement et du contrôle

➤ *Table ronde avec les organisations syndicales*

– **Confédération française démocratique du travail (CFDT)** – **Mme Isabelle Mercier**, secrétaire nationale, et **M. Éric Badonnel**, secrétaire confédérale chargée de la protection sociale

– **Force Ouvrière (FO)** – **M. Éric Gautron**, secrétaire confédéral en charge de la protection sociale collective

– **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)** – **M. Léonard Guillemot**, chef de file Santé, assurance maladie et financement de la protection sociale

– **Confédération générale des travailleurs (CGT)** – **M. Denis Gravouil**, secrétaire confédéral, **M. Joël Raffard**, conseiller confédéral, et **Mme Fabienne Clammens**, responsable du pôle Santé et reconquête de la sécurité sociale

➤ *Table ronde avec les organisations patronales*

– **Mouvement des entreprises de France (Medef)*** – **Mme Diane Milleron-Deperrois**, co-présidente de la commission Protection sociale, **Mme Nathalie Buet**, directrice de la protection sociale, et **Mme Marie David**, chargée de mission Affaires publiques

– **Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME)*** – **Mme Gwendoline Delamare-Deboutteville**, directrice des affaires sociales, **M. Philippe Chognard**, responsable du pôle Conditions de travail, **Mme Claire Richier**, juriste Affaires sociales, et **M. Adrien Dufour**, responsable des affaires publiques

– **Union des entreprises de proximité (U2P)*** – **M. Pierre Burban**, secrétaire général, et **Mme Thérèse Note**, responsable des relations parlementaires

➤ **Conseil d'orientation des retraites (COR)** – **M. Gilbert Cette**, président, et **M. Emmanuel Bretin**, secrétaire général

➤ *Table ronde avec les fédérations hospitalières*

– **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)** – **Mme Christine Schibler**, déléguée générale, et **Mme Béatrice Noëllec**, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale

– **Fédération hospitalière de France (FHF)*** – **Mme Cécile Chevance**, responsable du pôle Offres, et **M. Augustin Hérault**, directeur de cabinet

– **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (Fehap)*** – **M. Charles Guépratte**, directeur général, **Mme Maryse de Wever**, directrice des relations institutionnelles, et **M. Antoine Fraysse**, directeur de l'autonomie et des parcours de vie

– **Unicancer*** – **Mme Sophie Beaupère**, déléguée générale, **Mme Sandrine Boucher**, directrice Stratégie médicale et performance, **Mme Sophélia Picaud**, directrice de cabinet, et **Mme Anna Maurette**, adjointe à la directrice de cabinet

– **Fédération nationale des établissements d’hospitalisation à domicile (Fnehad)*** – **M. Mathurin Laurin**, délégué général

➤ **Direction générale de l’offre de soins (DGOS)** – **Mme Marie Daudé**, directrice générale, et **Mme Julie Pougheon**, adjointe à la directrice générale

➤ **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** – **M. Benjamin Voisin**, chef de service, adjoint au directeur général

➤ *Audition conjointe*

– **Comité économique des produits de santé (Ceps)** – **Mme Virginie Beaumeunier**, présidente

– **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** – **Mme Catherine Paugam-Burtz**, directrice générale, **M. Alexandre de la Volpilière**, directeur général adjoint en charge des opérations, et **Mme Carole Le Saulnier**, directrice Réglementation et déontologie

➤ **Caisse nationale de l’assurance maladie (Cnam)** – **M. Fabrice Gombert**, président, **Mme Hélène Bénard**, directrice de cabinet du président, **M. Manuel Crifo** et **M. Lorenzo Lanteri**, chargés de mission au cabinet du président, ainsi que **M. Thomas Fatôme**, directeur général, **Mme Veronika Levendof**, chargée des relations avec le Parlement, **Mme Nina Vassilieff**, responsable du département des droits des assurés et des prestations de santé, **Mme Sophie Kelley**, responsable du département des produits de santé et **M. Grégoire de Lagasnerie**, directeur adjoint de la stratégie, des études et des statistiques

➤ **Commission des accidents du travail et maladies professionnelles de la Caisse nationale de l’assurance maladie** – **Mme Anne Thiebeauld**, directrice des risques professionnels, et **M. Laurent Bailly**, adjoint à la directrice des risques professionnels

➤ **Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf)** – **M. Nicolas Grivel**, directeur général, et **Mme Klara Le Corre**, chargée des relations institutionnelles

➤ **Caisse nationale d’assurance vieillesse (Cnav)** – **M. Renaud Villard**, directeur général, et **Mme Valérie Albouy**, directrice statistiques, prospective et recherche

➤ **Direction de la sécurité sociale (DSS)** – **M. Pierre Pribile**, directeur, **Mme Delphine Champetier**, adjointe au directeur, **M. Morgan Delaye**, adjoint au directeur, et **M. Romain Bey**, adjoint à la sous-direction des études et des prévisions financières

➤ **Caisse d’amortissement de la dette sociale (Cades) – M. Pierre Ricordeau**, président, et **M. Philippe Petitbon**, secrétaire général

➤ **Collectif Handicaps*** – **M. Arnaud de Broca**, président, et **Mme Axelle Rousseau**, coordinatrice

Par ailleurs, le rapporteur général a reçu la contribution écrite de :

– **Association des maires de France (AMF)**

() Ces représentants d’intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique s’engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l’Assemblée nationale.*

*

* *

**ANNEXE N° 2 :
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS
À L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI**

Projet de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
3	Loi n° 2025 199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025	95
4	Code de la sécurité sociale	L. 133-9-2, L. 243-4, L. 243-5 et L. 452-4
4	Code de commerce	L. 622-24
4	Code rural et de la pêche maritime	L. 725-5 [abrogé]
5	Code de la sécurité sociale	L. 382-1, L. 382-2, L. 382-3-2, L. 382-6, L. 382-7 et L. 382-14
5	Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	23
6	Code de la sécurité sociale	L. 136-8
8	Code de la sécurité sociale	L. 137-12 [abrogé], L. 137-15, L. 137-16, L. 241-3 et L. 242-1
8	Code du tourisme	L. 411-9
9	Code de la sécurité sociale	L. 131-6-4, L. 752-3-2 et L. 752-3-3 [abrogé]
9	Code du travail	L. 6243-2 [abrogé]
9	Code général des impôts	44 <i>sexies</i> -0 A

10	Code de la sécurité sociale	L. 138-10, L. 138-11 et L. 245-6
11	Code de la sécurité sociale	L. 162-18 et L. 165-4
12	Code de la sécurité sociale	L. 131-8, L. 137-14, L. 137-18, L. 137-24 et L. 222-2-1
12	Code des pensions civiles et militaires de retraite	L. 38
12	Code rural et de la pêche maritime	L. 723-11 et L. 725-3
12	Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale	49
12	Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023	6
12	Loi n° 2004 803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières	18
18	Code de la sécurité sociale	L. 160-13
19	Code de la sécurité sociale	L. 162-63 <i>[nouveau]</i> et L. 160-8
20	Code de la santé publique	L. 1431-2, L. 1432-2, L. 3111-2-1 <i>[nouveau]</i> , L. 3111-4 et L. 3111-11
20	Code de la sécurité sociale	L. 174-16
20	Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la	38

	sécurité sociale pour 2024	
21	Code de la sécurité sociale	L. 162-5-11 et L. 162-14-1
21	Code de la santé publique	L. 1435-4-3, L. 1435-5, L. 5125-4 et L. 6323-6 [nouveau]
22	Code de la sécurité sociale	L. 161-36, L. 162-22-18, L. 162-23, L. 162-23-4, L. 162-23-8, L. 162-25, L. 162-27 [nouveau], L. 165-12 et L. 174-1
22	Code de la santé publique	L. 6133-1 et L. 6145-9
22	Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016	78
22	Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	65 [abrogé]
23	Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique	4
24	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-7-1, L. 162-1-9-1, L. 162-5 et L. 162-14-6 [nouveau]
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-12-18
26	Code de la sécurité sociale	L. 645-1, L. 645-2 [abrogé], L. 645-2-1, L. 645-3, L. 645-4, L. 645-5, L. 646-5 [nouveau], L. 646-6 [nouveau], L. 646-7 [nouveau], L. 646-8 [nouveau], L. 646-9 [nouveau] et L. 646-10 [nouveau]

27	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-14 et L. 162-23-14-1 <i>[nouveaux]</i> , L. 162-30-2, L. 162-30-3 et L. 162-30-4 <i>[abrogés]</i>
28	Code rural et de la pêche maritime	L. 752-3 et L. 752-5
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-4-1, L. 162-4-4, L. 321-1 et L. 433-1
28	Code du travail	L. 4624-2-3
28	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	20-4
28	Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	12-4
29	Code de la sécurité sociale	L. 323-1
30	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-25 <i>[nouveau]</i>
31	Code de la santé publique	L. 1111-15, L. 1111-15-1 <i>[nouveau]</i> , L. 1111-15-2 <i>[nouveau]</i> et L. 1111-15-3 <i>[nouveau]</i>
31	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-7-1 et L. 162-1-7-6 <i>[nouveau]</i>

31	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	20-5-6
32	Code général de la propriété des personnes publiques	L. 3212-2
32	Code de la santé publique	L. 1413-4
33	Code de la sécurité sociale	L. 162-16 et L. 162-16-7
33	Code de la santé publique	L. 5121-1-2
33	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	20-4
34	Code de la santé publique	L. 5121-12, L. 5121-12-1, L. 5123-2 et L. 5126-6
34	Code de la sécurité sociale	L. 133-4, L. 138-13, L. 138-15, L. 162-16-4, L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-3, L. 162-16-5-4, L. 162-16-5-4-1, L. 162-17-1-2, L. 162-17-4, L. 162-18,

		L. 162-18-1, L. 162-18-3, L. 162-23-6-1, L. 165-2, L. 245-1, L. 245-2 et L. 315-2
34	Code général des impôts	281 <i>octies</i>
36	Code de l'action sociale et des familles	L. 314-2-4 <i>[nouveau]</i>
37	Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022	43
38	Code de l'action sociale et des familles	L. 232-4, L. 232-4-1 <i>[nouveau]</i> , L. 245-6 et L. 245-6-1 <i>[nouveau]</i>
38	Code de procédure pénale	706-9
38	Code de la santé publique	L. 1142-14
38	Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001	53
39	Code de la sécurité sociale	L. 461-1
40	Code rural et de la pêche maritime	L. 732-9-1
41	Code des procédures civiles d'exécution	L. 213-4
41	Code de la sécurité sociale	L. 581-3 et L. 581-6
42	Code de la défense	L. 4138-2, L. 4138-4 et L. 4138-14
42	Code général de fonction publique	L. 326-14, L. 515-2, L. 631-1, L. 631-3, L. 631-8 et L. 631-9

42	Code des pensions civiles et militaires de retraite	L. 9
42	Code rural et de la pêche maritime	L. 732-11 et L. 732-12-1-1 <i>[nouveau]</i>
42	Code de la sécurité sociale	L. 136-8, L. 168-7, L. 168-10, L. 223-1, L. 330-1, L. 331-9, L. 331-8-1 <i>[nouveau]</i> , L. 331-8-2 <i>[nouveau]</i> , L. 333-3, L. 351-3, L. 531-9, L. 532-2, L. 544-9 et L. 623-2
42	Code du travail	L. 1225-4-5, L. 1225-6, L. 1225-46-2 à L. 1225-46-7 <i>[nouveaux]</i> , L. 6315-1, L. 6323-12, L. 6323-28 et L. 6323-35
42	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	20-1, 20-6, 20-8 et 20-10-3 <i>[nouveau]</i>
42	Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans le Département de Mayotte	10-8 <i>[nouveau]</i>
43	Code des pensions civiles et militaires de retraite	L. 84, L. 85 <i>[abrogé]</i> , L. 86, L. 86-1 et, L. 92
43	Code rural et de la pêche maritime	L. 254-1, L. 411-64, L. 732-39, L. 732-40 et L. 781-29

43	Code de la sécurité sociale	L. 161-17, L. 161-22, L. 161-22-1, L. 161-22-1-1, L. 161-22-1-2, L. 161-22-1-4, L. 634-6 [abrogé], L. 643-6 [abrogé], L. 653-7 [abrogé], L. 642-4-2 et L. 645-2
43	Code des transports	L. 5552-38
43	Loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon	5
43	Loi n° 89-1007 du 31 décembre 1989 relative au corps des ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne	6-1
43	Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte	14-1 et 23-4
44	Code de la santé publique	L. 1142-14 et L. 1142-17
44	Code de la sécurité sociale	L. 168-4, L. 531-2, L. 531-3 et L. 543-1
44	Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999	41
45	Code des pensions civiles et militaires de retraite	L. 25 bis
45	Code rural et de la pêche maritime	L. 781-29-1
45	Code de la sécurité sociale	L. 351-1-1, L. 351-4, L. 643-3 et L. 653-2

45 <i>bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 161-17-2
45 <i>bis</i>	Code des pensions civiles et militaires de retraite	L. 13 et L. 14 <i>bis</i>
45 <i>bis</i>	Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale	10
45 <i>bis</i>	Loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon	5

**ANNEXE N° 3 :
LIENS VERS LES ENREGISTREMENTS VIDÉO
DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI PAR LA COMMISSION**

– **Mardi 21 octobre 2025 à 16 heures 30** : Audition de M. Jean-Pierre Farandou, ministre du travail et des solidarités, Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Mme Amélie de Montchalin, ministre de l'action et des comptes publics, et Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée auprès de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, chargée de l'autonomie et des personnes handicapées, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n^{os} 1907 et 1999).

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.17438709_68f795ba47ac8.commission-des-affaires-sociales--m-jean-pierre-farandou-mmes-stephanie-rist-amelie-de-montchali-21-octobre-2025

– **Lundi 27 octobre 2025 à 9 heures** : Examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n^{os} 1907 et 1999) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs) (article liminaire à après l'article 6)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.17498531_68ff2482e1edc.commission-des-affaires-sociales--examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pou-27-octobre-2025

– **Lundi 27 octobre 2025 à 14 heures 30** : Suite de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n^{os} 1907 et 1999) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs) (après l'article 6 [suite] à après l'article 8)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.17503793_68ff725577636.commission-des-affaires-sociales--examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pou-27-octobre-2025

– **Lundi 27 octobre 2025 à 21 heures 30** : Suite de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n^{os} 1907 et 1999) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs) (après l'article 8 [suite])

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.17510811_68ffd3496e8e1.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2026-su-27-octobre-2025

– **Mardi 28 octobre 2025 à 9 heures** : examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n^{os} 1907 et 1999) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs) (après l'article 8 [suite] à article 9)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.17513547_69007605db4b4.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2026-su-28-octobre-2025

– **Mardi 28 octobre 2025 à 16 heures 30** : examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n^{os} 1907 et 1999) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs) (article 9 [suite] à article 10)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.17518026_6900df50395bf.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2026-s-28-octobre-2025

– **Mardi 28 octobre 2025 à 21 heures 30** : examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n^{os} 1907 et 1999) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs) (article 10 [suite] à après l'article 11)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.17527426_690124a00b1c0.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2026-s-28-octobre-2025

– **Mercredi 29 octobre 2025 à 9 heures** : examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n^{os} 1907 et 1999) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs) (après l'article 11 [suite] à après l'article 12)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.17531261_6901c7a523137.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2026-s-29-octobre-2025

– **Mercredi 29 octobre 2025 à 15 heures** : examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n^{os} 1907 et 1999) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs) (après l'article 12 [suite] à après l'article 21)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.17542774_69021c617c741.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2026-s-29-octobre-2025

– **Mercredi 29 octobre 2025 à 21 heures 30** : examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n^{os} 1907 et 1999) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs) (article 22 à après l'article 27)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.17555804_690278e5209e6.commission-des-affaires-sociales--examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-po-29-octobre-2025

– **Vendredi 31 octobre 2025 à 9 heures** : examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n^{os} 1907 et 1999) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs) (article 28 à après l'article 36)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.17571440_69046b07c7553.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2026-s-31-octobre-2025

– **Vendredi 31 octobre 2025 à 14 heures 30** : examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n^{os} 1907 et 1999) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs) (après l'article 36 [suite] à article 45)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.17575614_6904b7c512fb8.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2026-s-31-octobre-2025

– **Vendredi 31 octobre 2025 à 21 heures 15** : examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n^{os} 1907 et 1999) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs) (articles 45 *bis* à 54)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.17579785_69051703d2dbd.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2026-su-31-octobre-2025

*

* *