N° 2152

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 1er décembre 2025.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES,
EN NOUVELLE LECTURE, SUR LE PROJET DE LOI, ADOPTÉ PAR LE SÉNAT,
de **financement** *de la* **sécurité sociale** *pour* **2026**,

PAR M. THIBAULT 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

Rapporteure pour la branche famille, Députée

MME SANDRINE RUNEL

Rapporteure pour la branche vieillesse, Députée

M. GAËTAN DUSSAUSAYE

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale :	1ère lecture :	**1907**, **1999, 2057** et **2049**
	Commission mixte paritaire :	**2144**.
	Nouvelle lecture :	**2141**.
Sénat :	1ère lecture :	**122**, **131, 126** et T.A. **23** (2025-2026).
	Commission mixte paritaire :	**162** et **163** (2025-2026).

SOMMAIRE

Pages

AVANT-PROPOS DU RAPPORTEUR GÉNÉRAL 13

COMMENTAIRE DES ARTICLES 15

Article liminaire : Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour 2025 et 2026 15

PREMIÈRE PARTIE – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2025 17

Article 1er : Rectification des prévisions de recettes, des tableaux d'équilibre et des objectifs de dépenses pour 2025 17

Article 2 : Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de ses sous-objectifs pour 2025 20

Article 3 : Rectification de la contribution des régimes d'assurance maladie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé pour 2025 22

Article 3 bis *(nouveau)* : Déduction au sein de l'assiette sociale des non-salariés agricoles de la provision pour augmentation de la valeur des stocks de vaches laitières et allaitantes pour la campagne de revenus de l'année 2025 23

DEUXIÈME PARTIE – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2026 27

TITRE IER – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE 27

Article 4 : Amélioration des capacités juridiques du recouvrement 27

Article 4 bis *A (nouveau)* : Réitération des déclarations sociales par les employeurs suspectés de recourir à des entreprises éphémères 29

Article 4 bis *B (nouveau)* : Extension à de nouvelles catégories de cotisants du rôle des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales en matière de validation des immatriculations au guichet unique des entreprises 32

Article 4 bis *C (nouveau)* : Possibilité pour les employeurs et les travailleurs indépendants ultramarins de conclure avec les organismes de recouvrement des plans d'apurement de leurs créances sociales 34

Article 4 bis : Report de l'intégration des activités de garde d'enfants de moins de 6 ans au service d'avance immédiate de crédit d'impôt pour les services à la personne..... 37

Article 5 : Simplifier l'affiliation, la déclaration de revenu, l'action sociale et la gouvernance de la sécurité sociale des artistes-auteurs 40

Article 5 bis : Subordination de l'affiliation des bailleurs à métayage au régime des non-salariés agricoles à une participation effective à l'activité de l'exploitation agricole.. 45

Article 5 ter : Exonération partielle de cotisations sociales pour les collaborateurs de chef d'exploitation agricole qui choisissent de devenir chef d'exploitation 48

Article 5 quater : Mise en place d'un plan d'action ou d'une négociation sur l'emploi des seniors dans les entreprises de plus de trois cents salariés sous peine d'un malus sur les cotisations d'assurance vieillesse 50

Article 6 : Gel des seuils de revenus pris en compte pour le calcul de la contribution sociale généralisée portant sur certains revenus de remplacement 52

Article 6 bis : Augmentation du taux de la contribution sociale généralisée applicable aux revenus du patrimoine et des produits de placement..... 54

Article 6 ter : Extension du dispositif de lissage du revenu pris en compte pour la détermination du taux de contribution sociale généralisée applicable à certains revenus de remplacement 61

Article 6 quater *(nouveau)* : Exclusion des contributions employeurs destinées au financement d'un contrat solidaire « socle » de l'assiette des cotisations de sécurité sociale..... 63

Article 7 : Créer une contribution des organismes complémentaires au titre de l'année 2026 64

Article 7 bis : Instauration de niches sociale et fiscale en faveur des coopératives pharmaceutiques 66

Article 7 ter : Soumission des contrats de complémentaire santé à destination des agriculteurs retraités à un taux réduit de taxe de solidarité additionnelle 68

Article 7 quater *(nouveau)* : Extension au régime agricole de la mutualisation des coûts associés aux maladies professionnelles afin d'améliorer le taux d'emploi des travailleurs handicapés 70

Article 8 : Réduction des niches sociales applicables à certains compléments salariaux 71

Article 8 bis *A (nouveau)* : Plafonnement de certaines exemptions d'assiette de cotisations sociales pour les salariés dont la rémunération excède trois fois le salaire minimum 75

Article 8 bis : Expérimentation de la possibilité pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole d'opter pour que leurs cotisations soient calculées sur la base d'une estimation de leurs revenus professionnels de l'année en cours 79

Article 8 ter : Ajustement et pérennisation du régime social de certains instruments de fidélisation des salariés et dirigeants d'entreprise par leur association au capital 81

Article 8 quater : Précision relative au champ des bénéfices intégrés à l'assiette sociale des travailleurs indépendants agricoles et exonération de contribution sociale généralisée des indemnités d'abattage affectées à la reconstitution du cheptel..... 87

Article 8 quinquies : Exclusion des plus-values de court terme de l'assiette sociale de certains travailleurs indépendants agricoles 92

Article 8 sexies : Réduction des allégements généraux de cotisations patronales pour les branches dont les minima sont inférieurs au Smic 93

Article 8 septies : Extension aux entreprises de plus de deux cent cinquante salariés de la déduction forfaitaire de cotisations patronales sur la rémunération des heures supplémentaires 96

Article 8 octies : Rapport d'évaluation de la réforme du Régime social des indépendants et du recouvrement des cotisations au titre de ce régime 98

Article 9 : Rationalisation d'exonérations spécifiques 100

Article 9 bis : Exclusion de l'assiette des cotisations sociales de l'avantage tiré de la prise en charge par l'employeur des intérêts d'un crédit immobilier 104

Article 9 ter : Harmonisation du calcul des cotisations et contributions sociales pour les agriculteurs louant des meublés de tourisme 106

Article 9 quater : Suppression de l'exclusion des tâches réalisées par les entreprises de travaux forestiers de l'exonération dégressive pour l'embauche de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi 109

Article 9 quinquies *A (nouveau)* : Extension de l'exonération dégressive pour l'embauche de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi aux coopératives vinicoles 112

Article 9 quinquies : Exclusion des dons en nature de produits agricoles de l'assiette sociale des exploitants 113

Article 9 sexies *A (nouveau)* : Précision concernant les recettes accessoires et les plus-values d'apport prises en compte dans l'assiette sociale des non-salariés agricoles 115

Article 9 sexies *B (nouveau)* : Exclusion de l'assiette des travailleurs indépendants agricoles des rentes versées pour les maladies professionnelles et accidents de travail .. 116

Article 9 sexies *C (nouveau)* : Maintien du bénéfice de l'exonération de cotisations pour les exploitations agricoles ultramarines de plus de 40 hectares pondérés 117

Article 9 sexies : Extension du dispositif « Lodeom » aux chambres de commerce et d'industrie et aux chambres d'agriculture des départements et régions d'outre-mer pour leurs activités de nature industrielle et commerciale 119

Article 9 septies : Rétablissement de l'exonération de contributions patronales « non-Enim » pour l'ensemble des navires soumis à la concurrence internationale 121

Article 9 octies *(nouveau)* : Exclusion de l'assiette des cotisations sociales des dépenses supportées par les employeurs d'aides à domicile à raison de la mise à disposition de véhicules à ces salariés 124

Article 10 : Simplifier la régulation du secteur des médicaments 127

Article 10 bis *A (nouveau)* : Création d'une taxe à la charge des entreprises pharmaceutiques retardant l'entrée sur le marché d'un médicament générique 132

Article 10 bis *B (nouveau)* : Exclusion des greffons tissulaires humains de la clause de sauvegarde 133

Article 10 bis : Exclusion des médicaments génériques et biosimilaires du calcul de la clause de sauvegarde 134

Article 10 ter : Introduction d'un critère de territorialité dans le calcul de la clause de sauvegarde 137

Article 11 : Améliorer la gestion de la trésorerie du régime général en instaurant un mécanisme d'acompte des remises relatives aux produits de santé 139

Article 11 bis : Extension du périmètre de la taxe sur les boissons prémix 141

Article 11 ter : Taxer les produits n'affichant pas le nutri-score 144

Article 11 quater : Ajustement de la contribution sur les dépenses de publicité des jeux d'argent et de hasard 147

Article 11 quinquies *A (nouveau)* : Création d'une taxe sur les dépenses de publicité en faveur des boissons alcooliques à La Réunion 148

Article 11 quinquies *B (nouveau)* : Création d'une taxe sur les produits alimentaires destinés aux nourrissons contenant des sucres ajoutés..... 150

Article 11 quinquies : Allégement de la taxe sur les ventes en gros aux officines pharmaceutiques 152

Article 11 sexies : Fixation par la loi du plafond des remises commerciales..... 154

Article 11 septies : Contribution spécifique sur les entreprises qui importent, produisent ou commercialisent de l'hexane 156

Article 11 octies *(nouveau)* : Création d'un plan d'épargne pour les salariés des associations..... 158

Article 11 nonies *(nouveau)* : Augmentation du temps de travail annuel de douze heures et exclusion de la dernière heure de l'assiette des cotisations sociales..... 161

Article 12 : Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale..... 164

Article 12 bis *A (nouveau)* : Extension aux fonds de dotation de l'abattement de taxe sur les salaires applicable à d'autres organismes sans but lucratif 168

Article 12 bis : Transfert d'une fraction de contribution sociale généralisée de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie vers les départements 172

Article 12 ter *A (nouveau)* : Maintien des réductions proportionnelles des cotisations patronales maladie et famille pour la SNCF, la RATP et les entreprises des industries électriques et gazières..... 174

Article 12 ter : Rendre automatique l'annulation des cotisations sociales prises en charge par l'assurance maladie en cas de fraude..... 179

Article 12 quater : Limiter à un mois le délai de transmission à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et à la Caisse nationale des allocations familiales des déclarations souscrites par les plateformes numériques auprès de la direction générale des finances publiques et recentrer le dispositif de précompte des cotisations sociales sur les plateformes d'emploi..... 181

Article 12 quinquies : Supprimer les dérogations au principe de compensation des exonérations ciblées de cotisations sociales 183

Article 12 sexies : Instauration d'une participation financière pour le bénéfice de la protection universelle maladie par les personnes résidant en France sans y exercer d'activité professionnelle ni y être imposables..... 185

Article 12 septies : Supprimer la minoration de la compensation par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des pertes de recettes induites par les allégements généraux pour l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce . 189

Article 12 octies : Supprimer la possibilité de fixer par décret le montant de la contribution versée par les régimes complémentaires de retraite au régime général au titre de l'équilibre financier des régimes spéciaux fermés 191

Article 12 nonies : Augmenter les majorations de cotisations sociales en cas de travail dissimulé 193

Article 12 decies : Supprimer la possibilité pour un employeur de bénéficier d'une réduction des majorations de redressement après un constat de travail dissimulé 195

Article 12 undecies : Modification du montant des pénalités prononcées en cas de non-respect de l'obligation de transmission à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales des données des vendeurs et prestataires recourant à des plateformes numériques 196

TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 198

Article 13 : Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale 198

Article 14 : Approbation, pour l'année 2026, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base 199

Article 15 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes du Fonds de réserve pour les retraites 204

Article 16 : Liste et plafonds de trésorerie des organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes 215

Article 16 bis : Obligation pour certains organismes de sécurité sociale de s'endetter prioritairement auprès de la Caisse des dépôts et consignations 216

Article 17 : Approbation de l'annexe pluriannuelle 218

TROISIÈME PARTIE – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2026 221

TITRE IER – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES 221

Article 18 : Étendre le champ des participations forfaitaires et franchises et rendre visible leur recouvrement 221

Article 18 bis *A (nouveau)* : Définition des conditions dans lesquelles les anciens assurés retrouvent leurs droits à l'assurance maladie après leur retour sur le territoire français .. 222

Article 18 bis : Subordination de la prise en charge des lentilles de contact à la télétransmission d'un acte de remise 224

Article 18 ter *A (nouveau)* : Restriction des conditions de justification de la résidence principale 226

Article 18 ter : Expérimentation de la prise en charge des actes de prélèvements consécutifs aux sévices sexuels subis, sans exigence d'un dépôt de plainte 228

Article 18 quater : Demande de rapport sur le forfait patient urgences 229

Article 19 : Prise en charge des prestations d'accompagnement préventif pour les assurés en risque de développer une affectation de longue durée 231

Article 20 : Simplifier et rendre plus efficiente la politique vaccinale 233

Article 20 bis : Permettre aux médecins de détenir et conserver le vaccin contre la grippe saisonnière 234

Article 20 ter : Permettre à l'ensemble des médecins de détenir des vaccins dans leurs cabinets 236

Article 20 quater : Application du tiers payant sur la part obligatoire du dispositif Mon soutien psy 238

Article 20 quinquies : Interdire la prise en charge de protections périodiques contenant des substances contaminantes ou toxiques 239

Article 20 sexies : Prolonger de deux ans l'expérimentation des haltes soins addictions 241

Article 20 septies : Étendre à une région ultramarine la prise en charge expérimentale par l'assurance maladie du test de détection de soumission chimique 243

Article 20 octies : Demande de rapport sur le dispositif Mon soutien psy 244

Article 20 nonies : Demande de rapport sur la prise en charge des protections périodiques réutilisables 245

Article 20 decies : Demande de rapport sur les parcours de santé post-cancer 247

Article 20 undecies : Demande de rapport sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie 249

Article 20 duodecies : Demande de rapport sur le bilan de santé des mineurs entrant dans un dispositif de protection de l'enfance 250

Article 21 : Renforcer l'accès aux soins 252

Article 21 bis *A (nouveau)* : Extension à Mayotte de la possibilité pour les infirmiers de rédiger des certificats de décès 255

Article 21 bis *B (nouveau)* : Modalités de recouvrement des indus versés aux professionnels de santé libéraux par les centres médico-psychologiques 257

Article 21 bis : Création du réseau France santé et prise en charge de certaines situations cliniques par les pharmaciens 259

Article 21 ter : Création d'une consultation longue pour les femmes sujettes à la ménopause 261

Article 21 quater : Supprimer le contrat de début d'exercice 263

Article 21 quinquies : Prise en charge de parcours de guidance parentale 265

Article 21 sexies : Élargissement du pouvoir de prescription des orthoprothésistes, podo-orthésistes et orthopédistes-orthésistes 267

Article 21 septies *A (nouveau)* : Consultation des ergothérapeutes sur adressage dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle 269

Article 21 septies : Mise en place d'une autorisation préalable pour la pratique de la médecine esthétique 271

Article 21 octies : Permettre la délégation de tâches encadrée aux auxiliaires médicaux du service de contrôle de la Mutualité sociale agricole 273

Article 21 nonies : Prolonger le délai de remise du rapport sur les infirmiers et le compléter 275

Article 21 decies : Expérimentation d'une équipe de soins traitante 277

Article 22 : Simplifier et sécuriser le financement des établissements de santé 279

Article 22 bis *A (nouveau)* : Application provisoire des tarifs hospitaliers de l'année précédente en cas de retard dans la publication des nouveaux tarifs 280

Article 22 bis : Interdire la double facturation des actes de radiothérapie effectués dans le cadre d'une activité libérale à l'hôpital 282

Article 22 ter : Eviter la double facturation des actes effectués dans le cadre d'une activité libérale à l'hôpital 284

Article 23 : Reporter le financement de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière 286

Article 24 : Lutter contre les rentes dans le système de santé 287

Article 24 bis : Réduction d'autorité du tarif des actes et prestations dégageant une rentabilité supérieure à un seuil 290

Article 25 : Mieux réguler les dépenses dans le secteur des soins dentaires 292

Article 25 bis : Prévoir une régulation prix-volume de l'ophtalmologie et des soins dentaires 293

Article 26 : Renforcer les incitations au conventionnement des professionnels de santé et à la maîtrise des dépassements d'honoraires 294

Article 26 bis : Mettre fin au remboursement des produits de santé, actes et prestations prescrits par un médecin non conventionné 295

Article 26 ter : Prévoir une procédure assouplie et accélérée de révision de la nomenclature 297

Article 26 quater : Permettre à l'assurance maladie de déterminer le tarif d'un acte ou d'une prestation nouvellement hiérarchisée lorsque la négociation n'a pas abouti dans les six mois 299

Article 27 : Favoriser l'efficience, la pertinence et la qualité des activités des établissements de santé 300

Article 27 bis : Supprimer la condition d'écart de coût significatif pour la mise en place d'un plafonnement des dépenses d'intérim pour une profession donnée 302

Article 27 ter : Plafonner la rémunération des praticiens contractuels au niveau de celle des praticiens titulaires 304

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 305

Article 28 bis *A (nouveau)* : Limitation du renouvellement d'un arrêt de travail par télémédecine 308

Article 28 bis : Application à Saint-Pierre-et-Miquelon de dispositions relatives au service du contrôle médical 311

Article 28 ter : Adaptations au droit des arrêts de travail 312

Article 29 : Limiter la durée d'indemnisation des arrêts de travail des assurés ne relevant pas du dispositif de l'affection de longue durée 314

Article 30 : Favoriser le recours à des outils d'aide à la prescription et à la décision médicale de dernière génération 316

Article 31 : Rendre obligatoires l'alimentation du dossier médical partagé et sa consultation dans certains cas 317

Article 32 : Lutter contre le gaspillage des produits de santé 319

Article 33 : Améliorer la pénétration des biosimilaires et génériques en ville 321

Article 34 : Adapter les dispositifs d'accès précoces, d'accès compassionnels et d'accès direct 323

Article 34 bis *(nouveau)* : Renforcement de l'application du critère industriel dans la définition du prix des dispositifs médicaux 325

Article 35 : Expérimenter le référencement de médicaments thérapeutiquement équivalents 326

Article 35 bis *(nouveau)* : Adaptation de la période prise en compte pour le calcul du niveau du stock de sécurité des spécialités substituables 328

Article 36 : Réforme de la tarification des établissements et services qui accompagnent des enfants et des jeunes handicapés (Serafin-PH) 329

Article 36 bis *(nouveau)* : Créer une obligation de renseignement des données dans les services numériques en santé et réformer le régime des sanctions financières applicables aux établissements et services médico-sociaux 331

Article 36 ter *(nouveau)* : Sécuriser le régime d'autorisation des établissements et services médico-sociaux à caractère expérimental 333

Article 37 : Contribution à la prise en charge du coût de l'accord du 4 juin 2024 par les départements 334

Article 37 bis *(nouveau)* : Préciser le périmètre du coefficient géographique appliqué pour le calcul du concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements et régions d'outre-mer 336

Article 38 : Déduire les indemnisations versées par les assurances et les fonds d'indemnisation de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap 338

Article 39 : Améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles 339

Article 39 bis *(nouveau)* : Inclusion des agents chimiques dangereux dans les facteurs de pénibilité pris en compte par le fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle 340

Article 39 ter *(nouveau)* : Report de la mise en œuvre de la réforme de l'incapacité permanente fonctionnelle 341

Article 40 : Étendre le bénéfice du capital décès aux ayants droit des non-salariés agricoles décédés à compter du 1er janvier 2026 à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle 342

Article 41 : Optimiser le recouvrement des pensions alimentaires 343

Article 42 : Créer un congé supplémentaire de naissance 344

Article 42 bis *(nouveau)* : Inclure dans la protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité les frais médicaux engagés pour l'ensemble des soins réalisés auprès des nouveau-nés pendant leur séjour à la maternité 346

Article 42 ter *(nouveau)* : Maintenir la majoration pour âge des allocations familiales à 14 ans 348

Article 42 quater *(nouveau)* : Exclure certaines indemnités du calcul du plafond horaire de rémunération conditionnant le bénéfice du complément de libre choix du mode de garde 349

Article 42 quinquies *(nouveau)* : Conditionner le bénéfice du complément de libre choix de mode de garde à l'utilisation du dispositif Pajemploi + ... 351

Article 43 : Rationaliser et simplifier le cumul emploi-retraite 353

Article 43 bis *(nouveau)* : Ajustements techniques concernant la mise en œuvre de la réforme du mode de calcul des pensions de retraite des non-salariés agricoles 356

Article 44 : Stabiliser le montant des prestations sociales, dont les pensions 359

Article 45 : Réduire les inégalités entre les femmes et les hommes à la retraite 362

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..... 364

TITRE II – DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES..... 367

Article 46 : Dotation 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 367

Article 47 : Dotations aux opérateurs financés par le sixième sous-objectif..... 368

Article 48 : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès..... 370

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 371

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 la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles et dépenses liées aux dispositifs de prise en compte de la pénibilité 374

Article 51 : Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles..... 376

Article 52 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse 377

Article 53 : Objectif de dépenses de la branche famille..... 379

Article 54 : Objectif de dépenses de la branche autonomie..... 380

COMPTES RENDUS DE L'EXAMEN DES ARTICLES..... 381

Réunion du samedi 29 novembre à 9 heures (article liminaire à article 9 *octies*) 381

Réunion du samedi 29 novembre à 14 heures 30 (article 10 à article 35 *bis*) 438

Réunion du samedi 29 novembre à 21 heures (article 36 à article 54)..... 519

TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI 549

AVANT-PROPOS DU RAPPORTEUR GÉNÉRAL

● Traditionnellement, l'avant-propos au rapport de nouvelle lecture sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale se borne à lister les articles adoptés conformes par l'Assemblée nationale et le Sénat et à rappeler le nombre d'articles restant en discussion.

La discussion n'ayant pas pu atteindre son terme dans le délai de vingt jours prévu à l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution et comme le prescrit la loi organique, le Gouvernement a donc saisi le Sénat du texte initial, modifié par les amendements votés par l'Assemblée nationale et acceptés par lui.

Conséquences de l'expiration des délais d'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale en première lecture

Article 47-1, alinéa 2, de la Constitution

« ***Si l'Assemblée nationale ne s'est pas prononcée en première lecture dans le délai de vingt jours*** *après le dépôt d'un projet* [de loi de financement de la sécurité sociale]*,* ***le Gouvernement saisit le Sénat*** *qui doit statuer dans un délai de quinze jours. Il est ensuite procédé dans les conditions prévues à l'article 45.* »

Article L.O. 111-7, alinéa 3, du code de la sécurité sociale.

« *Si l'Assemblée nationale n'a pas émis un vote en première lecture sur l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale dans le délai prévu à l'article 47-1 de la Constitution,* ***le Gouvernement saisit le Sénat du texte qu'il a initialement présenté, modifié le cas échéant par les amendements votés par l'Assemblée nationale et acceptés par lui****. Le Sénat doit alors se prononcer dans un délai de quinze jours après avoir été saisi.* »

Une telle situation ne s'était produite que deux fois depuis 1996, à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Le Gouvernement a fait le choix inédit cette année d'intégrer dans le texte transmis au Sénat l'ensemble des amendements adoptés par l'Assemblée nationale en première lecture.

L'absence d'adoption formelle du projet de loi par l'Assemblée nationale implique qu'aucun article n'a pu être adopté conforme par le Sénat, alors même qu'il n'a fait l'objet d'aucune modification par la chambre haute.

● Le projet de loi initial déposé le 14 octobre 2025 comptait cinquante-cinq articles, auquel un cinquante-sixième fut ajouté par le biais d'une lettre rectificative déposée le 23 octobre 2025 ; le texte transmis par le Gouvernement au Sénat le 13 novembre, à l'expiration du délai de vingt jours imparti

à l'Assemblée, comprenait soixante-quatorze articles additionnels et douze articles supprimés.

Le Sénat, pour sa part, a inséré trente-neuf articles et a en supprimé cinquante-cinq.

Dès lors, 169 articles restent en discussion.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article liminaire

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : supprimé.

Sort au Sénat : rétabli.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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.

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, donc notamment l'assurance chômage – gérée par l'Unedic – et les régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires.

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

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

– en valeur, un déficit de 8,4 milliards d'euros en 2025 puis un excédent de 3,4 milliards d'euros en 2026.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu les deux amendements de suppression n° 1633 de Mme Joëlle Mélin et des membres du groupe Rassemblement National et n° 1808 de Mme Ségolène Amiot et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, adoptés contre l'avis du rapporteur général et du Gouvernement.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, suivant l'avis du Gouvernement, l'amendement n° 585 de la rapporteure générale, rétablissant l'article liminaire dans sa rédaction initiale.

Puis, à la faveur d'une seconde délibération demandée par le Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement actualisant l'article liminaire :

– pour 2025, les recettes des Asso sont inchangées (26,7 points de PIB) mais leurs dépenses sont revues à la baisse de 0,1 milliard d'euros pour tenir compte de la non-revalorisation des prestations de l'Agirc-Arrco, principal régime de retraite complémentaire, ce qui d'après l'exposé sommaire « *entraîne cependant la bascule de l'arrondi* » (les portant à 26,9 points de PIB), ce mouvement étant facialement sans effet sur le déficit (qui reste projeté à 0,3 point de PIB) ;

– pour 2026, les recettes des Asso sont relevées de 0,1 point de PIB du fait de nouvelles compensations d'allégements par l'État (les établissant à 26,8 points de PIB) et leurs dépenses quoique croissantes en valeur sont inchangées en volume (soit 26,6 points de PIB), ce dont résulte une amélioration de l'excédent (qui passe de 0,1 à 0,2 point de PIB).

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de conserver l'article liminaire dans sa rédaction résultant des travaux du Sénat, puisqu'il s'agit d'une disposition obligatoire et que sa sincérité importe pour des comparaisons ultérieures.

*

* *

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

Article 1er
Rectification des prévisions de recettes, des tableaux d'équilibre et des objectifs de dépenses pour 2025

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : supprimé.

Sort au Sénat : rétabli.

1. Les dispositions résultant de l'examen à l'Assemblée nationale

● Conformément aux prescriptions de l'article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale, le présent article procède à diverses rectifications.

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.

Il rectifie 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).

Les prévisions révisées du solde pour l'année 2025 sont légèrement inférieures aux estimations initiales malgré un solde pour l'année 2024 plus favorable de 2,9 milliards d'euros par rapport aux prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 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 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2024 et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

● 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 recettes mises en réserve par le Fonds de réserve pour les retraites sont, comme chaque année, nulles.

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).

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu les amendements de suppression n^{os} 1639 de Mme Joëlle Mélin et des membres du groupe Rassemblement National et 1810 de Mme Ségolène Amiot et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire adoptés malgré l'avis défavorable du Gouvernement et du rapporteur général.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté un amendement de la commission (n^{o} 586) rétablissant l'article 1er, ayant reçu un avis favorable du Gouvernement.

Cet amendement rétablit l'article 1er dans sa rédaction initiale.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général est naturellement favorable au rétablissement d'un article obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale.

Cet article reflétant les dernières prévisions pour l'exercice 2025, lesquelles ne sont pas affectées par les mesures du présent projet de loi de financement, son rétablissement dans sa version initiale apparaît adapté et nécessaire.

*

* *

Article 2

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : supprimé.

Sort au Sénat : rétabli et modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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'identification d'un risque de dépassement de plus de 0,5 % dans l'avis n° 2025-2 du 18 juin 2025 du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie et par la prise de mesures pour y répondre.

Avec un total inchangé de 265,9 milliards d'euros, l'Ondam pour 2025 serait en hausse de 9,5 milliards d'euros par rapport à 2024 (+ 3,7 %), identique au montant prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, en dérapage de 3,4 milliards d'euros en comparaison avec les 262,5 milliards d'euros visés par la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour 2023 à 2027 et en dépassement de 0,7 point de pourcentage au regard des 3,0 % de progression depuis 2024 projetés par la même loi de programmation.

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 imposées par l'exécutif au tout début de l'été pour son redressement et de l'absence de choc d'ici à décembre.

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

– 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 60 millions d'euros de diminution de la dotation au fonds de modernisation pour l'investissement en santé (Fmis) ;

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

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu l'amendement de suppression n° 789 de M. Hadrien Clouet et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, adopté contre l'avis du rapporteur général et du Gouvernement.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, suivant l'avis du Gouvernement (pour le rétablissement en tout cas, malgré une réserve sur la ventilation alternative), l'amendement n° 587 de la rapporteure générale, rétablissant l'article 2 dans une rédaction :

– majorant de 200 millions d'euros le sous-objectif des établissements de santé (porté à 109,7 millions d'euros), afin que les mesures de redressement infra-annuelles ne pèsent pas trop sur ces derniers ;

– minorant de la même somme le sous-objectif des autres prises en charge (porté à 3,1 milliards d'euros).

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose de conserver l'article 2 dans sa rédaction résultant des travaux du Sénat, puisqu'il s'agit d'une disposition obligatoire et que sa sincérité importe pour des comparaisons ultérieures.

● Outre qu'il souscrit au soutien du Sénat aux hôpitaux, le rapporteur général souligne que, pour efficaces qu'elles semblent à ce stade de l'année – avec un risque de dépassement de 1,33 milliard d'euros, ont été prévues des économies de 1,74 milliard d'euros, lesquelles sont crédibles à hauteur de 1,53 milliard d'euros au moins –, les décisions prises après le déclenchement de l'alerte ont suscité un émoi légitime chez les masseurs-kinésithérapeutes, médecins spécialistes en psychiatrie, neurologie, gynécologie, gériatrie et médecine physique et de réadaptation, pédiatres, psychiatres, dermatologues et endocrinologues qui ont vu l'application de clauses conventionnelles majorant leurs honoraires suspendue jusqu'au 1er janvier 2026 alors

que leurs représentants avaient négocié des avenants en toute bonne foi avec l'assurance maladie, parfois dès l'été de 2023.

*
* *

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : supprimé.

Sort au Sénat : rétabli.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article rectifie à 463 millions d'euros au lieu de 523 millions d'euros – donc baisse de 60 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 (Fmis), géré aux termes de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 par la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et dont les charges font partie de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) au titre de son sous-objectif qui abrite aussi le fonds d'intervention régional (FIR).

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu les quatre amendements de suppression n° 243 de Mme Sandrine Rousseau et des membres du groupe Écologiste et Social, n° 719 de Mme Sandrine Runel et des membres du groupe Socialistes et apparentés, n° 1640 de Mme Joëlle Mélin et des membres du groupe Rassemblement National et n° 1812 de Mme Élise Leboucher et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, adoptés contre l'avis du rapporteur général et du Gouvernement.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, suivant l'avis du Gouvernement, l'amendement n° 719 de la rapporteure générale, rétablissant l'article 3 dans sa rédaction initiale.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose de conserver l'article 3 dans sa rédaction résultant des travaux du Sénat.

● Le rapporteur général souligne qu'avant même toute considération de fond, l'article 3 relève de la partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale comprenant les mesures rectificatives pour l'année en cours : de fait, la révision à la baisse de la dotation de la branche maladie au Fmis est intervenue le 8 juillet 2025, la décision de la ministre du travail, de la santé, des solidarités, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées faisant suite à l'avis n° 2025-2 du 18 juin 2025 du comité d'alerte sur le respect de l'Ondam.

*

* *

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

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat en première lecture.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article est issu d'un amendement n° 998 rect. de M. Laurent Duplomb et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste. Après avoir sollicité l'avis du Gouvernement – lequel, jugeant l'amendement satisfait par le droit en vigueur, en a d'abord demandé le retrait – la commission s'y est déclarée favorable, avant que le Gouvernement ne s'en remette à la sagesse du Sénat.

a. Le droit existant

● La loi de finances pour 2025 a institué une provision pour augmentation de la valeur des stocks de vaches laitières et allaitantes [(1)]. Prévu à l'article 73 A du code général des impôts, ce dispositif a succédé à la déduction temporaire pour augmentation de la valeur des stocks de vaches laitières et allaitantes, créée par la loi de finances pour 2024 dans un contexte général de hausse des prix des matières premières agricoles, pour éviter que l'appréciation de ces stocks entraîne une augmentation du bénéfice imposable des éleveurs [(2)].

(1) Article 66 de la loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025.

(2) Article 70 de la loi n° 2023-1322 du 29 décembre 2023 de finances pour 2024.

La provision instituée par la loi de finances pour 2025 s'applique aux stocks précités lorsqu'est constatée une hausse de leur valeur entre l'ouverture et la clôture d'un même exercice. Son montant, plafonné à 15 000 euros par exercice, est égal à la hausse de valeur constatée au cours de l'exercice au titre des animaux inscrits en stock. Cette provision est enregistrée en comptabilité et minore par conséquent à la fois le résultat imposable et l'assiette des cotisations sociales de l'exploitant.

● Si la rédaction initiale du projet de loi de finances pour 2025 prévoyait que la provision pour augmentation de la valeur des stocks de vaches laitières et allaitantes pourrait être appliquée au titre des exercices clos à compter du 1er janvier 2024, cette possibilité a finalement été limitée aux exercices clos du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2028.

Afin de sécuriser la situation des exploitants qui avaient anticipé l'application du dispositif au champ défini par la version initiale du projet de loi, un communiqué de presse du 1er avril 2025 des ministres de l'agriculture et des comptes publics – et ultérieurement la doctrine fiscale commentant le dispositif – a, par tolérance administrative, autorisé les exploitants agricoles « *à faire application de* [la] *provision dès les exercices clos à compter du 1er janvier 2024* » tout en précisant que le bénéfice de cette tolérance était exclusif du bénéfice du dispositif instauré par la loi de finances pour 2024 (1).

Aussi, pour sécuriser juridiquement l'application de la provision pour augmentation de la valeur des stocks de vaches laitières et allaitantes permise par la doctrine fiscale, le B du I de l'article 10 du projet de loi de finances prévoit l'application anticipée de celle-ci aux exercices clos à compter du 1er janvier 2024.

2. Le dispositif proposé

● Cet article modifie la définition de l'assiette des cotisations sociales des non-salariés agricoles, dans sa version antérieure à la réforme prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, pour en exclure explicitement la provision pour augmentation de la valeur des stocks de vaches laitières et allaitantes (**I**) (2), et prévoit que cette exclusion s'applique aux exercices clos à compter du 1er janvier 2024 (**II**). Cette dernière précision justifie que l'article soit placé dans la première partie du projet de loi.

---

(1) « Application anticipée des dispositions de la loi de finances pour 2025 en matière de provision pour vaches laitières et allaitantes et en matière de transmissions agricoles », *communiqué de presse n° 327 du 1er avril 2025.*

(2) Ledit I modifie l'article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime « dans sa version résultant de la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 », *c'est-à-dire dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants prévue par l'article 18 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, laquelle s'appliquera aux cotisations et aux contributions dues par ces travailleurs au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2026.*

D'après l'exposé sommaire de l'amendement dont il est issu, l'article 3 *bis* a pour objet d'étendre à l'assiette des cotisations sociales des exploitants agricoles la mesure prévue par le projet de loi de finances, laquelle ne concernerait que la composante fiscale du régime propre à cette provision (1). Toutefois, cette dernière étant inscrite en comptabilité, elle réduit les revenus professionnels sur lesquels sont calculées les cotisations des non-salariés agricoles, comme l'a d'ailleurs souligné la ministre de l'action et des comptes publics en donnant l'avis du Gouvernement sur cet amendement (2). L'objectif poursuivi par cet article serait donc satisfait en droit en cas d'adoption des dispositions précitées de l'article 10 du projet de loi de finances et l'est déjà en pratique compte tenu de la tolérance prévue par la doctrine fiscale.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose de conserver cet article. Si les dispositions de ce dernier semblent redondantes avec celles de l'article 10 du projet de loi de finances pour 2026, l'incertitude calendaire entourant l'adoption de celui-ci justifie de conserver dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale une disposition dont le maintien ne comporte pas de risque juridique.

*

* *

(1) « Le projet de loi de finances pour 2026, dans sa version initiale, comporte *[...]* rend *[...]* applicable le dispositif spécifique aux vaches allaitantes au titre des exercices clos à compter du 1er janvier 2024. Or la correspondance automatique fiscal-social ne se fait plus depuis la réforme de l'assiette sociale organisée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 *[...]*. Le décret n° 2025-708 du 25 juillet 2025 relatif à *[l'assiette de la contribution sociale généralisée et des cotisations sociales dues par les travailleurs non-salariés]*, lequel vient préciser les retraitements fiscaux applicables aux non-salariés agricoles dans le cadre de la réforme *[de]* l'assiette, rend applicable à l'assiette sociale à compter du 1er janvier 2026 le dispositif fiscal "vaches allaitantes". / En revanche, sans transposition dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, le dispositif fiscal résultant d'une option du contribuable ne pourra pas s'appliquer au titre des revenus déclarés lors de la campagne de revenus de l'année 2025, soit sur les revenus 2024. / Cette mesure par amendement vise donc à sécuriser au niveau législatif la déduction opérée au niveau social, et correspondant au dispositif fiscal "vaches allaitantes" prévue par le législateur, pour la campagne de revenus de l'année 2025 au titre des revenus 2024 pour laquelle le Gouvernement ne peut intervenir par voie règlementaire *» (exposé sommaire de l'amendement n° 998 rect.).*

(2) « Dans la mesure où cette déduction forfaitaire est inscrite en comptabilité, l'assiette de charges sociales ne s'applique pas aux sommes déduites. Dès lors, votre demande est satisfaite : j'en veux pour preuve le fait que le coût total fiscal et social du dispositif s'élève à 140 millions d'euros en 2025. Je tenais à vous le dire, car cela témoigne du soutien que la Nation apporte à une filière absolument essentielle pour notre souveraineté *» (compte rendu de la séance du 20 novembre 2025).*

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

TITRE IER
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

Article 4
Amélioration des capacités juridiques du recouvrement

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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 met en cohérence avec le droit commun les règles applicables au sein du régime agricole s'agissant de la remise des pénalités ou des majorations de retard dues par le redevable en cas de procédure collective ;

– il étend aux créances sociales les conditions de délai applicables aux créances fiscales en cas de procédure collective ;

– il permet le mandatement des présidents de commission des chefs de service financier (CCSF) par les directeurs des organismes de recouvrement.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu deux amendements rédactionnels du rapporteur général (n° 2291, n° 2292).

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Suivant l'avis favorable du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement n° 588 de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales prévoyant, dans un nouvel article L. 115-10 du code de la sécurité sociale, que les organismes du réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et les caisses de la mutualité sociale agricole (MSA) communiquent, sans que s'y oppose le secret professionnel, au président du tribunal de commerce ou au président du tribunal judiciaire compétent, le montant des créances dues par un cotisant dépassant un plafond. Ce montant et la périodicité de sa communication seraient définis par décret.

D'après l'exposé sommaire de l'amendement susmentionné, cette mesure vise à corriger un possible effet de bord de la suppression de la publicité des créances privilégiées de la sécurité sociale, à savoir que l'absence d'inscription de celles-ci auprès des tribunaux de commerce pourrait compromettre la capacité de ces derniers à identifier les entreprises en difficulté pour mettre en œuvre des actions de prévention en leur faveur.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général estime que la rédaction adoptée par le Sénat apporte une solution satisfaisante au problème posé par la suppression de l'inscription des créances privilégiées de la sécurité sociale. Ladite rédaction préserve les effets vertueux de cette suppression quant à l'efficacité du recouvrement des créances sociales tout en favorisant l'action des tribunaux de commerce à l'égard des entreprises en difficulté.

En conséquence, il propose d'adopter cet article dans sa version issue du Sénat.

*

* *

Article 4 bis *A (nouveau)*
Réitération des déclarations sociales par les employeurs suspectés de recourir à des entreprises éphémères

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Cet article est issu d'un amendement (n° 802 rect.) de Mme Nathalie Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement. Un amendement semblable avait été adopté par le Sénat lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 en première lecture, avant que l'article qui en était issu fût supprimé par la commission mixte paritaire, puis par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture [(1)].

L'article 4 *bis* A tend à renforcer les obligations déclaratives incombant aux employeurs suspectés de recourir à des entreprises dites « éphémères », qui organisent leur insolvabilité pour ne pas honorer leurs créances.

Il définit pour cela, suivant la technique du faisceau d'indices, un ensemble de « *présomptions graves et concordantes* [qu'un employeur] *a contrevenu, contrevient ou va contrevenir à ses obligations* » à l'égard de ses salariés ou de divers organismes de sécurité sociale ou administrations.

L'existence de telles présomptions serait considérée comme établie lorsque l'employeur dirige ou dirigeait une personne morale remplissant au moins trois des conditions suivantes :

– la personne morale a été créée depuis moins de douze mois ;

– elle a mis fin à son activité moins de six mois après sa création ;

– elle utilise ou utilisait les services d'une entreprise de domiciliation ;

– son siège est ou était situé hors d'un État membre de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

– elle comptait plus de dix associés ou salariés dès le premier mois suivant sa création ou plus de vingt salariés dès le deuxième mois.

---

(1) Article 8 quindecies *issu d'un amendement de Mme Nathalie Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste.* Cf. *le commentaire de cet article dans le rapport n° 869 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 par MM. Thibault Bazin, Louis Boyard et Guillaume Florquin, de Mme Sandrine Rousseau et de M. Philippe Vigier, XVII^e législature, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 janvier 2025.*

Aussi, un employeur répondant à ces critères serait tenu de transmettre sans délai aux organismes de sécurité sociale et aux administrations qui en feraient la demande les données présentées dans la déclaration sociale nominative (DSN).

2. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général souligne, comme il l'avait déjà fait à propos de dispositions analogues introduites par le Sénat dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 [(1)], que l'article 4 *bis* A paraît inopérant bien qu'il poursuive un objectif légitime.

En premier lieu, il ressort d'une jurisprudence établie que, tant en matière civile qu'en matière criminelle, « la fraude ne se présume pas » [(2)]. Or cet article définit un ensemble particulièrement large de présomptions portant sur le comportement passé, présent et futur de certains employeurs.

Au demeurant, s'il peut être soutenu que cet article ne poursuit pas de finalité directement répressive – dans la mesure où le renforcement sélectif de certaines obligations déclaratives ne constitue pas nécessairement une sanction –, il paraît douteux que les critères retenus présentent une fiabilité suffisante pour présumer d'une intention frauduleuse. À titre d'exemple, toute entreprise récente d'au moins dix salariés dont le siège est situé hors de l'Union européenne entrerait dans le champ d'application de l'article.

En outre, il est difficile de déterminer quelles obligations supplémentaires pèseraient sur les employeurs entrant dans le champ d'application de l'article 4 *bis* A, dans la mesure où ce dernier ne prévoit la transmission d'aucune donnée que ne contiendraient pas déjà les déclarations sociales que l'ensemble des employeurs sont tenus de souscrire. Au surplus, comme l'avait remarqué le ministre du travail et des solidarités à propos d'un amendement semblable portant sur le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, prévoir que l'employeur doit établir dans certains cas des déclarations sociales selon un autre vecteur que la DSN paraît contraire à l'objectif d'unification et de simplification de ces déclarations, tout en présentant un intérêt limité pour lutter contre la fraude [(3)].

● Par ailleurs, le rapporteur général note que le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales comprend des dispositions tendant à prévenir l'organisation, par certaines entreprises, de leur propre insolvabilité. En particulier,

---

(1) Ibid.

(2) Voir par exemple Cour de cassation, sociale, 16 novembre 2022, n° 1197 F-D. Rappelons également que l'article 2274 du code civil dispose que « la bonne foi est toujours présumée, et c'est à celui qui allègue la mauvaise foi à la prouver ».

(3) Cf. *les débats concernant l'amendement n° 198 de Mme Raymonde Poncet Monge et plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires qui figurent au compte rendu de la séance du 13 novembre 2025. Suivant l'avis de la commission des affaires sociales et du Gouvernement, le Sénat a rejeté cet amendement.*

son article 21 permet la saisie conservatoire des biens d'entreprises ou de personnes qui auraient procédé à la liquidation de leur patrimoine saisissable entre la réception du document constatant des faits de travail dissimulé et la prise, par le directeur de l'organisme de recouvrement, de la décision d'effectuer des saisies. Comme l'expliquent les sénateurs Frédérique Puissat et Olivier Henno dans leur rapport sur ce projet de loi, ce dispositif de flagrance sociale empêcherait notamment des entreprises de vider leurs comptes bancaires pour en transférer le contenu « *dans des pays avec lesquels la coopération pénale s'avère complexe* », ce qu'elles sont actuellement inclinées à faire dès qu'elles sont informées de la possibilité offerte au directeur des organismes de sécurité sociale de prendre des mesures conservatoires à leur encontre [(1)].

Par ailleurs, l'article 22 du même projet de loi vise à accroître les obligations qui incombent aux maîtres d'ouvrage en matière de lutte contre le travail dissimulé en instaurant un devoir de vigilance à l'égard de l'ensemble de leurs sous-traitants, y compris ceux qui ne sont pas leurs cocontractants. Cet article permettrait de « *s'adapter à des chaînes de sous-traitances "en cascade" de plus en plus sophistiquées, dans lesquelles des entreprises éphémères peuvent disparaître avant toute mise en œuvre du recouvrement social* » [(2)].

Ces dispositions, qui subordonnent le renforcement des moyens d'action des organismes de recouvrement au constat d'une infraction – dans le cas du dispositif de flagrance sociale – ou qui procèdent au renforcement sélectif d'une obligation de vigilance – à l'égard des chaînes de sous-traitances – paraissent plus adaptées à l'objectif de lutter contre les entreprises éphémères que l'article 4 *bis* A.

En conséquence, le rapporteur général propose de supprimer celui-ci.

*

* *

(1) Rapport n° 111 (2025-2026) fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales par Mme Frédérique Puissat et M. Olivier Henno, enregistré à la Présidence du Sénat le 5 novembre 2025, pp. 97-98.

(2) Ibid.*, intervention liminaire de Mme Frédérique Puissat lors de l'examen des articles par la commission des affaires sociales, p. 130.*

Article 4 bis *B (nouveau)*

Extension à de nouvelles catégories de cotisants du rôle des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales en matière de validation des immatriculations au guichet unique des entreprises

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Cet article est issu d'un amendement n° 805 rect. de Mme Nathalie Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste et d'un amendement identique n° 1085 du Gouvernement, adoptés suivant l'avis de la commission.

a. Le droit existant

● La loi relative à la croissance et à la transformation des entreprises du 22 mai 2019 a prévu que toute entreprise, à compter du 1er janvier 2023 (1), se conforme à l'obligation de déclarer sa création, la modification de sa situation ou la cessation de ses activités par le dépôt d'un seul dossier comportant les déclarations qu'elle est tenue d'effectuer (2). Géré par l'Institut national de la propriété intellectuelle, le nouveau guichet unique des formalités des entreprises a remplacé les réseaux de centres de formalités des entreprises (CFE), gérés par les chambres consulaires, les greffes des tribunaux de commerce, l'administration fiscale et les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf). La formalité accomplie par l'entreprise est ensuite validée par l'organisme compétent.

● Toutefois, d'après les auteurs des amendements dont cet article est issu, « *les formalités réalisées par certaines populations ne font* [...] *plus l'objet d'aucune validation. C'est le cas notamment* [de celles] *qui relevaient historiquement du CFE des Urssaf. Le volume de ces formalités non validées s'élève ainsi à environ 1 million par an* » (3).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 s'est attelée à étendre le rôle des Urssaf en la matière en prévoyant que celles-ci valident les formalités des entreprises étrangères non agricoles sans établissement stable en France accomplies au moyen du guichet unique des entreprises (4), par parallélisme avec le contrôle qu'exerçaient déjà les caisses de mutualité sociale agricole sur l'inscription des entreprises étrangères agricoles au registre national des entreprises (RNE) (5).

---

(1) Article 1er la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et à la transformation des entreprises.

(2) Article L. 123-33 du code de commerce.

(3) Exposés sommaires des amendements identiques n° 805 rect. et n° 1085.

(4) Article 26 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(5) En application de l'article L. 741-1-1 du code rural et de la pêche maritime.

b. Le dispositif proposé

● D'après l'exposé sommaire des amendements identiques dont il résulte, l'article 4 *bis* B « *a vocation à étendre ce rôle de* [validation] *des formalités accomplies lors de l'immatriculation* [au RNE] *des populations suivantes : les marins exerçant une activité libérale non-réglementée, les artistes-auteurs, les professionnels libéraux et les praticiens et auxiliaires médicaux* » afin de lutter contre la fraude à l'affiliation et de permettre aux Urssaf de prononcer des affiliations à bon droit en cas d'erreurs des déclarants commises de bonne foi.

Le **2°** du **I** procède à cet élargissement. Il modifie l'article L. 123-49-2 pour étendre la compétence de l'Urssaf désignée par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) en matière de validation des immatriculations aux personnes physiques, autres que les agents commerciaux, les personnes relevant du secteur des métiers de l'artisanat et celles exerçant une activité agricole, établies en France et exerçant une activité économique régulière et professionnelle, ayant opté pour le statut d'entrepreneur individuel et qui relèvent :

– du régime des professions libérales ou du régime des avocats [(1)]. Seraient aussi concernés les travailleurs indépendants exerçant une profession libérale qui ne relève pas de l'un de ces régimes ;

– du régime des marins [(2)] ;

– du régime des artistes-auteurs [(3)].

● Le même **I** précise également le champ du contrôle de l'immatriculation des entreprises étrangères agricoles :

– son **3°** insère dans le code de commerce un nouvel article L. 129-49-3 confiant à la direction générale des finances publiques la validation de l'inscription au registre national des entreprises des entreprises étrangères agricoles qui n'emploient pas de personne affiliée à un régime de sécurité sociale en France et ne sont pas soumises à « *une obligation fiscale en France* ». Ces deux conditions sont cumulatives ;

– son **1°** modifie, par coordination, l'article L. 123-49-1 du code de commerce, qui prévoit qu'une caisse de mutualité sociale agricole valide les informations inscrites et les pièces déposées par des entreprises agricoles étrangères au registre national des entreprises à l'occasion de demandes d'immatriculation, d'inscriptions modificatives et de radiations, pour exclure du champ de cette validation les entreprises étrangères qui remplissent les critères définis par le **3°** ;

---

(1) Ces régimes sont définis respectivement par les articles L. 640-1 et L. 651-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Le champ d'application de ce régime est défini à l'article L. 5551-1 du code des transports.

(3) Cf. *l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale.*

– son **2°** tire les conséquences de ces modifications dans la définition du champ du contrôle de l'Urssaf en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, en remplaçant, à l'article L. 123-49-2 précité, la référence aux « *entreprises* [étrangères] *non agricoles* » par une mention des entreprises étrangères « *autres que celles mentionnées aux articles L. 123-49-1 et L. 123-49-3* » du code de commerce, dont l'immatriculation serait validée respectivement par la mutualité sociale agricole et par l'administration fiscale.

Le **II** prévoit que l'élargissement de la compétence des Urssaf à la validation de l'immatriculation des travailleurs indépendants susmentionnés entre en application le 1er janvier 2026.

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article, qui est de nature à fiabiliser certaines affiliations et qui participe à ce titre de la lutte contre la fraude.

*

* *

Article 4 bis *C (nouveau)*

Possibilité pour les employeurs et les travailleurs indépendants ultramarins de conclure avec les organismes de recouvrement des plans d'apurement de leurs créances sociales

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● L'article 4 *bis* C résulte de l'adoption par le Sénat d'amendements identiques n° 2 rect. *quater* de Mme Viviane Malet et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, n° 578 rect. *ter* de Mme Annick Petrus et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, n° 961 rect. *quater* de M. Frédéric Buval et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants ainsi que n° 1354 rect. de M. Victorin Lurel et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain. Ces amendements avaient reçu un avis de sagesse de la commission et du Gouvernement.

L'article prévoit la mise en place d'un dispositif transitoire d'étalement du paiement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les travailleurs indépendants établis dans les départements et régions d'outre-mer, ainsi que dans certaines collectivités d'outre-mer telles que Saint-Martin,

Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon auprès de l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent.

● Les employeurs et travailleurs indépendants installés dans l'un de ces territoires depuis au moins deux ans à la date du 31 décembre 2025 pourraient solliciter un sursis à poursuite pour le règlement de leurs cotisations et contributions sociales dues auprès des organismes de sécurité sociale dont ils relèvent, ainsi que pour le règlement des dettes non prescrites et des majorations de retard et pénalités afférentes. La formulation de cette demande entraînerait de plein droit la suspension des poursuites afférentes auxdites créances ainsi que celle du calcul des pénalités et majorations de retard afférentes.

Ce dispositif serait ouvert à compter du 1er janvier 2026 et jusqu'au 31 décembre 2027. L'organisme de sécurité sociale et le cotisant pourraient alors convenir d'un plan d'apurement de la dette sur une période comprise entre six et soixante mois. Par dérogation, les cotisants bénéficiaires d'un contrat de commande publique pourraient solliciter que la date de prise d'effet du plan coïncide avec celle du « *déblocage des paiements des travaux prévus par l'acteur public* ». Pour bénéficier de cette dérogation, les cotisants devraient motiver leur demande en produisant un décompte général définitif.

Les employeurs et travailleurs indépendants ayant souscrit un plan d'apurement de la dette et respectant les échéances de celui-ci ainsi que le paiement des cotisations en cours seraient considérés à jour de leurs obligations de paiement des cotisations sociales, ce qui leur permettrait d'être éligibles à la passation des contrats de la commande publique [(1)]. Sous les mêmes conditions, le cotisant bénéficierait de la remise de la totalité des pénalités et majorations de retard dues au titre des dettes étalées.

● Le dispositif proposé par l'article 4 *bis* C s'inspire des plans d'apurement de dette mis en place à l'occasion de la crise sanitaire, en application de l'article 65 de la troisième loi de finances rectificative pour 2020 [(2)], et applicables aux employeurs et aux travailleurs indépendants installés sur l'ensemble du territoire national [(3)].

Ces plans pouvaient prévoir un apurement des dettes sur une durée pouvant aller jusqu'à trois ans. Les départements et collectivités d'outre-mer ont bénéficié quant à eux d'une dérogation permettant de porter cette durée à cinq ans.

Comme l'avait rappelé M. Thomas Cazenave, alors ministre délégué chargé des comptes publics, à propos d'amendements semblables portant sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, ces plans d'apurement ont permis

---

(1) Article L. 2141-2 du code de la commande publique.

(2) Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.

(3) Décret n° 2021-316 du 25 mars 2021 relatif aux dispositifs de plans d'apurement et de remises partielles des dettes de cotisations et contributions sociales constituées dans le cadre de la crise sanitaire.

d'assouplir le paiement de 6 milliards d'euros de passif social accumulés par les employeurs et les travailleurs indépendants [1]. Les cotisants ultramarins ont particulièrement bénéficié de ces mesures puisque près de 76 000 plans d'apurement étaient mis en œuvre au second semestre 2022.

Dans un objectif de normalisation post-crise sanitaire, ces dispositifs exceptionnels font l'objet d'une extinction progressive qui se poursuit compte tenu du calendrier spécifique applicable aux employeurs et aux travailleurs indépendants ultramarins.

● Des dispositifs transitoires spécifiques d'apurement des dettes sociales avaient déjà été mis en œuvre auparavant au profit des entreprises ultramarines, en application de l'article 5 de la loi dite « Loom » [2] et de l'article 32 de la loi dite « Lodeom » [3]. Dans ce dernier cas, la mise en œuvre d'un tel plan visait notamment à permettre aux entreprises de bénéficier de l'exonération de cotisations patronales spécifiques prévue par cette loi, l'accès à ce dispositif étant conditionné au paiement des cotisations ou, à défaut, à l'inscription dans un plan d'apurement.

2. La position du rapporteur général

● Si le rapporteur général comprend l'objectif poursuivi par cet article, le dispositif proposé ne semble pas entièrement adéquat.

En premier lieu, si la situation particulière des entreprises ultramarines justifie qu'elles fassent l'objet d'une attention spécifique et bénéficient dans certains cas de dispositifs dérogatoires au droit commun, l'on peut s'interroger sur la pertinence de proroger un cadre mis en place dans le contexte d'une crise exceptionnelle par sa nature et par son ampleur.

En outre, la durée des plans d'apurement qui pourraient être conclus en application de cet article – laquelle pourrait atteindre cinq ans – serait très supérieure à la durée des délais de paiement consentis dans les conditions de droit commun par les organismes de recouvrement, qui ne peut excéder un an. Comme l'a souligné la ministre de l'action et des comptes publics en séance publique dans sa réponse à un amendement semblable déposé à l'Assemblée nationale, il n'est pas certain que l'allongement du délai à cinq ans facilite le versement des cotisations d'une entreprise qui ne serait pas parvenue à s'en acquitter sur une durée plus brève [4].

Par ailleurs, il convient de rappeler que les entreprises peuvent solliciter la mise en œuvre de plans d'apurement auprès des créanciers publics réunis au sein de

---

(1) Sénat, compte rendu intégral des débats, séance du 13 novembre 2023.

(2) Loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer.

(3) Loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

(4) Compte rendu de la deuxième séance du vendredi 7 novembre 2025.

la commission des chefs de services financiers (CCSF) ainsi que l'appui des comités départementaux d'examen des problèmes de financement des entreprises (Codefi).

● Compte tenu de ces éléments, le rapporteur général propose de supprimer l'article 4 *bis* C.

*
* *

Article 4 bis
Report de l'intégration des activités de garde d'enfants de moins de 6 ans au service d'avance immédiate de crédit d'impôt pour les services à la personne

Origine de l'article : amendement adopté par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

Cet article est issu d'un amendement (n° 2021) du rapporteur général adopté suivant l'avis du Gouvernement.

a. Le droit existant

● La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 a jeté les bases, sous une forme expérimentale, du versement contemporain des aides fiscales et sociales aux particuliers ayant recours à des aides à domicile [(1)]. L'objectif était de limiter les sommes versées par les particuliers employeurs à leur seul reste à charge en leur évitant d'avancer les sommes qui leur seraient ultérieurement versées soit au titre du crédit d'impôt en faveur de l'emploi d'un salarié à domicile (Cisap) [(2)], soit au titre des prestations auxquelles ils sont éligibles, en particulier l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) [(3)] et la prestation de compensation du handicap (PCH) [(4)]. Dans le cas du Cisap, le dispositif prend la forme d'une aide spécifique dont le montant, qui s'élève à 50 % des dépenses éligibles à ce crédit d'impôt, s'impute sur les dépenses effectivement supportées durant l'année en cours, dans la limite d'un plafond annuel de 6 000 euros [(5)].

(1) Article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(2) Article 199 sexdecies *du code général des impôts.*

(3) Article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles.

(4) Article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles.

(5) Décret n° 2020-1352 du 5 novembre 2020 relatif à l'expérimentation prévue à l'article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Les particuliers employeurs volontaires, qu'ils procèdent eux-mêmes au versement des cotisations et contributions sociales au salarié ou qu'ils recourent à une entreprise ou à une association intermédiaire, ont pu bénéficier de ce dispositif à Paris et dans le département du Nord.

● La LFSS 2022 a prévu la généralisation du service d'avance immédiate, suivant un calendrier distinct selon les prestations (1). Alors que le Cisap a pu être pris en compte dès 2022, la mise en œuvre de l'avance aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH a d'abord été reportée à 2023. À partir de 2024, le dispositif devait être étendu à la garde d'enfants de moins de 6 ans.

Ce calendrier a été modifié par les deux lois de financement de la sécurité sociale suivantes. La LFSS 2023 a prévu que les plans d'aide établis pour le versement de l'APA et de la PCH seraient intégrés au dispositif à une date définie par décret, au plus tard le 1er janvier 2024 (2). La LFSS 2024 a finalement prévu que l'APA et de la PCH seraient prises en compte par le service d'avance immédiate d'ici au 1er juillet 2027 et que la garde d'enfants de moins de 6 ans le serait au plus tard le 1er juillet 2026 (3).

Dans le cas de la garde d'enfants de moins de 6 ans, ce décalage visait à tenir compte de la refonte du service Pajemploi et du calendrier de déploiement de la réforme du complément de libre choix de mode de garde (CMG) (4), qui est finalement entrée en vigueur le 1er septembre dernier (5).

b. Le dispositif proposé

● D'après les informations portées à la connaissance du rapporteur général, les conditions techniques de l'intégration des activités de garde d'enfants de moins de 6 ans au service d'avance immédiate de crédit d'impôt ne sont pas encore réunies et ne pourront l'être d'ici au 1er juillet 2026. En effet, l'état de l'interconnexion entre les systèmes d'information respectifs du réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) et de l'administration fiscale ne permet pas encore d'exclure les risques d'erreur ou de fraude quant au correct rattachement de l'enfant à la charge du bénéficiaire ou quant

---

(1) Article 13 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(2) Article 5 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

(3) Article 8 de la loi n° 2023-1250 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(4) Pour une présentation plus détaillée des enjeux du précédent report, cf. *l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, p. 14, ainsi que le commentaire de l'article 5 dudit projet de loi dans le rapport n° 1785 fait au nom de la commission des affaires sociales par Mmes Stéphanie Rist et Caroline Janvier et MM. Paul Christophe, Cyrille Isaac-Sibille et François Ruffin, XVIe législature, tome II, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2023, pp. 37-44.*

(5) Cette réforme, prévue par l'article 86 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale de 2023, a notamment consisté à modifier le calcul du CMG au titre de l'emploi direct d'un assistant maternel ou d'un salarié pour la garde d'enfant à domicile, à étendre le bénéfice de la prestation aux enfants de 6 à 12 ans pour les familles monoparentales (« CMG 6-12 ») et à permettre un partage du CMG en cas de garde alternée de l'enfant (ouverture du CMG linéarisé aux deux parents en cas de résidence alternée).

à l'identification de l'état civil des enfants. La résolution de ces problèmes nécessite de poursuivre les travaux préparatoires actuellement mis en œuvre, et par voie de conséquence de reporter une nouvelle fois la généralisation de la prise en compte des activités de garde d'enfants de moins de 6 ans dans le cadre du service d'avance immédiate.

● Aussi, l'article 4 *bis* propose de différer cette généralisation, actuellement prévue le 1er juillet 2026, en la reportant au 1er septembre 2027.

Le **1°** du **I** modifie le calendrier, défini au 1° du I de l'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, de l'expérimentation susmentionnée – laquelle concerne à la fois la garde d'enfants et les services effectués au domicile de bénéficiaires de l'APA et de la PCH – en en reportant le terme du 1er juillet 2027 au 1er septembre de la même année. Il convient de relever que la date de la prise en compte de l'APA et de la PCH par le service d'avance immédiate resterait fixée au 1er juillet 2027 conformément au calendrier issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 (1).

Le **2°** du même **I** modifie par coordination la date de la remise du rapport d'évaluation de cette expérimentation. Malgré la prolongation de cette dernière, le IV de l'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit toujours que la transmission de ce rapport intervienne avant le 31 décembre 2023 (2). L'article 4 *bis* supprime la référence à cette date et propose que le rapport soit remis « à la fin de [la] période d'expérimentation ».

Le **II** adapte le calendrier de la généralisation du service d'avance immédiate aux activités de garde d'enfants de moins de 6 ans. Il modifie à cet effet les premier et deuxième alinéas du IV de l'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 en prévoyant que cette généralisation intervienne à une date définie par décret, et au plus tard le 1er septembre 2027, dans le cas des activités de garde au domicile ou hors du domicile d'un enfant de moins de 6 ans et des activités d'accueil des enfants réalisés par un assistant maternel agréé.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté cet article sans modification.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale et du Sénat.

---

(1) 2° du V de l'article 8 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 précitée.

(2) IV de l'article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

S'il déplore le retard que connaît la mise en œuvre d'un service conçu pour simplifier les démarches des bénéficiaires de certaines prestations et soutenir leur pouvoir d'achat, il constate qu'un nouveau report de la généralisation de ce dispositif paraît inévitable sauf à courir le risque que celui-ci subisse des dysfonctionnements ou qu'il fasse l'objet de tentatives de fraude. Il souligne qu'au demeurant, la détermination de la date de cette généralisation incombant au pouvoir réglementaire, le terme proposé par l'article 4 *bis* aurait seulement valeur de *terminus ad quem* et ne ferait pas obstacle au choix d'une date plus rapprochée. Par conséquent, comme il l'avait fait lors de la présentation de son amendement devant l'Assemblée nationale, le rapporteur général invite le Gouvernement à étendre le service d'avance immédiate à la garde d'enfants de moins de 6 ans dès que les conditions techniques de cette généralisation seront réunies, sans nécessairement attendre la nouvelle date butoir prévue par cet article.

*

* *

Article 5

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

Origine de l'article : article du projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article réforme la gestion 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 en matière d'affiliation et d'action sociale ainsi que la compétence résiduelle qu'elle conserve vis-à-vis du recouvrement des cotisations de ses ressortissants. La sécurité sociale des artistes-auteurs se verrait confier un nouveau rôle de représentation des artistes-auteurs à l'égard des pouvoirs publics. Elle continuerait par ailleurs de définir les orientations, désormais mises en œuvre par l'Urssaf, de l'action sociale en faveur de cette population.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu :

– sept amendements rédactionnels du rapporteur général (n° 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298 et 2299) ;

– un amendement (n° 1945) de Mme Camille Galliard-Minier (groupe Ensemble pour la République) et M. Frédéric Valletoux (groupe Horizons & Indépendants) ayant reçu un avis de sagesse du rapporteur général et un avis défavorable du Gouvernement, permettant à une personne dont l'affiliation a été refusée de saisir une commission professionnelle unique chargée de rendre un avis sur cette affiliation. Les membres de cette commission seraient désignés par le conseil d'administration de l'association agréée. En l'état du droit, une commission de recours amiable installée au sein de la sécurité sociale des artistes-auteurs peut être saisie d'une décision de refus d'affiliation ;

– un amendement (n° 1905) de Mme Camille Galliard-Minier (groupe Ensemble pour la République), Mme Soumya Bourouaha (groupe Gauche Démocrate et Républicaine) et de M. Frédéric Valletoux (groupe Horizons & Indépendants), à propos duquel le rapporteur général et le Gouvernement s'en sont remis à la sagesse de l'Assemblée nationale, qui réserve à l'association agréée pour exercer les attributions prévues par cet article le nom de « conseil national de la protection sociale des artistes-auteurs » ;

– un amendement (n° 2563) de Mme Camille Galliard-Minier (groupe Ensemble pour la République) qui, d'une part, supprimait la représentation des organismes de gestion collective au conseil d'administration de l'association agréée et, d'autre part, prévoyait que les représentants des artistes-auteurs au sein de ce conseil soient désignés conformément au résultat des élections professionnelles. Cet amendement – qui a fait l'objet d'un avis défavorable du Gouvernement et auquel le rapporteur général s'est déclaré favorable sous réserve de l'adoption d'un sous-amendement, finalement rejeté par l'Assemblée nationale [(1)] – proposait aussi que le décret en Conseil d'État qui devrait préciser la composition et le fonctionnement du conseil d'administration de l'association agréée définisse les critères de représentativité des organisations syndicales et professionnelles des artistes-auteurs. Pour mémoire, faute d'élections professionnelles, les représentants des artistes-auteurs au conseil d'administration de la sécurité sociale des artistes-auteurs sont actuellement désignés au moyen d'une enquête de représentativité et que les organismes de gestion collective ne sont pas associés à la gouvernance de cette association.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

● Outre deux amendements rédactionnels de la commission des affaires sociales (n° 1816 et n° 1818), le Sénat a d'abord adopté, suivant l'avis du Gouvernement, un amendement de la commission (n° 589) supprimant une disposition introduite par l'Assemblée nationale réservant à l'association agréée la dénomination de conseil national de la protection sociale des artistes-auteurs. La

(1) Ce sous-amendement (n° 2569) du rapporteur général différait à 2027 la prise en compte du résultat des élections professionnelles dans la désignation des membres du conseil d'administration de l'association agréée.

commission a estimé que cet ajout constituait une immixtion dans le fonctionnement d'une association régie par les dispositions de la loi du 1er juillet 1901 (1).

Toujours avec un avis favorable du Gouvernement, le Sénat a ensuite adopté un amendement (n° 590) de la commission rétablissant la participation des organismes de gestion collective au conseil d'administration de cette association, supprimant le rétablissement des élections professionnelles effectué par l'Assemblée nationale et instaurant, pour la désignation des représentants des artistes-auteurs audit conseil d'administration, une enquête de représentativité inspirée de la procédure applicable à la nomination des membres du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. La commission a estimé que la situation professionnelle des artistes-auteurs présentant certaines analogies avec celle des travailleurs indépendants, les conditions de représentation des premiers dans les instances de gouvernance de leur régime social devaient s'inspirer des modalités applicables à la représentation des seconds (2).

Cet amendement a lui-même fait l'objet de deux sous-amendements (n° 1851 et n° 1852) de Mme Monique de Marco (groupe Écologiste - Solidarité et Territoires), adoptés suivant l'avis de la commission mais contre celui du Gouvernement, qui ont supprimé respectivement la présence des organisations professionnelles d'artistes-auteurs et de diffuseurs au conseil d'administration de l'association agréée, ainsi que la mention du caractère professionnel de l'activité des artistes-auteurs qui seraient comptabilisés pour apprécier l'audience de chaque organisation. D'après son exposé sommaire, le premier sous-amendement visait à éviter l'emploi, à propos des organisations d'artistes-auteurs, d'une dénomination que le code du travail réserverait aux représentants des employeurs (3). Toutefois, outre qu'elle paraissait inutile au regard de l'objectif poursuivi, cette modification

---

(1) Cf. *l'exposé sommaire de l'amendement 589 de la commission : «* le présent amendement vise à supprimer la modification insérée par l'Assemblée nationale déterminant le nom de la future association agréée pour la protection sociale des artistes-auteurs. En effet, il ne relève pas de la loi d'établir le nom d'une association. *» On notera cependant que la disposition introduite à l'Assemblée nationale n'avait pas pour effet de déterminer le nom de l'association ; elle se bornait à lui réserver l'usage d'une dénomination particulière.*

(2) Lors de la présentation de cet amendement, la rapporteure générale de la commission des affaires sociales du Sénat a par exemple indiqué que, « par parallèle avec le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, dont les membres sont désignés au terme non pas d'une élection professionnelle, mais bien d'une enquête de représentativité, il s'agit de préciser la nomination des représentants des artistes auteurs suivant des critères précis, dont les conditions d'application seront fixées par décret en Conseil d'État *» (Sénat, compte rendu intégral de la séance du 20 novembre 2025).*

(3) Cf. *notamment l'article L. 2152-1 du code du travail. Rappelons que, pour désigner les artistes-auteurs membres des commissions instituées par branche professionnelle, l'article L. 382-2 du code de la sécurité sociale mentionne les représentants des «* organisations syndicales et professionnelles des artistes *». Toutefois, la proximité terminologique soulignée par le sous-amendement ne semble pas emporter de risque de confusion dans la mesure où chacun s'accorde à reconnaître que les diffuseurs des œuvres revêtent, dans les rapports économiques et le dialogue social propres à la création artistique, un rôle analogue à celui des employeurs, raison pour laquelle ils bénéficient d'une représentation distincte de celle des artistes. Au surplus, l'on peut noter qu'il est spécifiquement fait référence, dans le code du travail, aux «* organisations professionnelles d'employeurs *», et non à tout type d'organisation professionnelle. Enfin, la suppression effectuée par le même sous-amendement aboutit à faire référence aux «* organisations syndicales *[...]* représentant les diffuseurs *», appellation qui – pour des raisons symétriques à celles invoquées par l'auteure du sous-amendement – semble inapplicable à ces derniers.*

avait pour conséquence de limiter aux organisations syndicales, à l'exclusion d'autres organisations d'artistes-auteurs, la représentation de ces derniers dans la gouvernance de l'association. Le second tendait à ne pas réserver le bénéfice de la représentation au sein de la gouvernance de l'association agréée aux seuls artistes-auteurs « professionnels », compte tenu de l'absence de consensus quant à la définition d'une activité artistique professionnelle.

En outre, suivant l'avis de la commission et du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement (n° 1050) de Mme Monique de Marco et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires prévoyant que, pour être admis à siéger au conseil d'administration de l'association agréée, les représentants des artistes-auteurs, des diffuseurs et des organismes de gestion collective déclarent le nombre, attesté par un commissaire aux comptes, des artistes adhérents à leur organisation.

Enfin, conformément à l'avis de la commission, le Sénat a également adopté un amendement (n° 1076 rect. *bis*) de M. Laurent Lafon et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste et un amendement identique du Gouvernement (n° 1795) transférant à l'Urssaf les contentieux relatifs au recouvrement des cotisations dues au titre des périodes antérieures à 2019.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général constate que certaines des modifications introduites au Sénat apportent des précisions bienvenues et sont complémentaires des ajouts effectués à l'Assemblée nationale. Tel est notamment le cas de l'explicitation du transfert des contentieux relatifs aux cotisations dues au titre des périodes antérieures à l'Urssaf, qui est cohérent avec l'unification des procédures à laquelle œuvre cet article. Il en va de même de la précision suivant laquelle les organisations d'artistes-auteurs représentées au sein du conseil d'administration de l'association agréée devront faire attester le nombre de leurs adhérents par un commissaire aux comptes, ce qui pourrait concourir à clarifier la représentativité desdites organisations.

● En revanche, le rapporteur général remarque que le Sénat s'est écarté de la position de l'Assemblée nationale en prévoyant la participation des organismes de gestion collective au conseil d'administration de l'association agréée et en refusant le rétablissement des élections professionnelles.

Sur le premier point, l'Assemblée nationale avait exclu que les organismes de gestion collective soient représentés dans ce conseil d'administration au motif qu'ils mettent en œuvre une action sociale à l'égard de leurs adhérents qu'il importe de distinguer de celle de l'association agréée, laquelle resterait compétente pour définir les orientations de l'action sociale dorénavant assurée par l'Urssaf ; que les organismes de gestion collective comprenant à la fois des artistes-auteurs et des diffuseurs, et ces catégories étant déjà représentées dans ce conseil d'administration, leur participation à ce dernier ne s'imposait pas avec évidence ; et que cette

participation ne paraissait pas recueillir l'assentiment de l'ensemble des intéressés, comme l'avait d'ailleurs constaté Bruno Racine dans son rapport de 2020.

La diversité des structures défendant les intérêts des artistes-auteurs (extrait du « rapport Racine »)

« *Une multitude de structures, de natures diverses, ont pour objet, chacune dans son domaine, de s'exprimer au nom des auteurs et de défendre leurs intérêts. Cette fonction est assumée tout à la fois par des syndicats et des associations, ainsi que par les organismes de gestion collective (OGC), qui sont au nombre de 22, ce qui n'est pas sans poser des problèmes de légitimité, voire de concurrence entre ces acteurs. Disposer d'une représentation idoine constitue un enjeu sensible pour chaque catégorie d'artistes-auteurs, fût-elle très peu nombreuse* [...]. *L'attachement à des identités artistiques propres, impliquant des intérêts supposés spécifiques, a ainsi conduit à un émiettement de la représentation des auteurs, parallèlement au traitement "en silos" que leur réserve le ministère.* [...] *Les instances de représentation existantes sont trop faibles ou contestées pour permettre un véritable dialogue social. En l'absence d'élections professionnelles, aucune structure ne peut se prévaloir d'être représentative au sens où l'entend le code du travail, d'où la relative faiblesse des syndicats auto-constitués. Ceux-ci ne comptent généralement qu'un nombre relativement faible d'adhérents* [...]. *Enfin, la représentativité des acteurs puissants que sont les OGC ne fait pas l'unanimité, dans la mesure notamment où ceux-ci peuvent être mixtes et représentent alors d'autres acteurs de la filière dont les intérêts ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux des artistes-auteurs (éditeurs, producteurs, interprètes...). Se donnant par leurs statuts la mission de représenter et défendre les intérêts matériels et moraux de leurs membres, disposant globalement de ressources très conséquentes et ayant développé une expertise juridique, les OGC conduisent notamment des actions dites de promotion et de défense, incluses dans l'aide à la création, qui représentent 5,9 millions d'euros en 2017, soit un montant non négligeable mais relativement modeste au regard de la masse de leurs dépenses d'action artistique et culturelle (plus de 120 millions d'euros). Les OGC assurent de fait la représentation des auteurs dans certaines enceintes, comme le Conseil supérieur de la propriété littéraire et artistique (CSPLA), où ils sont majoritaires dans le collège des auteurs. De manière plus indirecte, ils soutiennent financièrement de nombreuses structures associatives ou syndicales ayant pour objet de représenter les auteurs, ce qui permet à ces structures de survivre mais n'est pas sans poser la question de leur indépendance. Enfin, la représentation des auteurs au sein même des OGC fait logiquement apparaître le poids dominant des sociétaires, qui disposent dans l'assemblée générale d'un nombre de voix très supérieur aux autres membres.* »

Source : Bruno Racine, L'auteur et l'acte de création*, janvier 2020, pp. 37-38.*

En conséquence, le rapporteur général est favorable à ce que la composition du conseil d'administration de l'association agréée soit rétablie dans sa version issue des délibérations de l'Assemblée nationale.

● Par ailleurs, si le rétablissement des élections professionnelles ne pourrait sans doute intervenir à très brève échéance compte tenu des enjeux qui s'attachent à

la définition du corps électoral pertinent et à l'organisation des opérations électorales au sein d'une population très morcelée, l'Assemblée nationale a souhaité rétablir ce mode de désignation qui semble le plus à même de s'assurer de manière indiscutable de la représentativité de chaque organisation.

En conséquence, le rapporteur général propose qu'il soit tenu compte du résultat des élections professionnelles dans la désignation des membres du conseil d'administration de l'association agréée à compter du 1er janvier 2027.

*

* *

Article 5 bis

Subordination de l'affiliation des bailleurs à métayage au régime des non-salariés agricoles à une participation effective à l'activité de l'exploitation agricole

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article résulte de l'adoption de l'amendement n° 721 de M. Charles de Courson et plusieurs de ses collègues du groupe Liberté, Indépendants, Outre-mer et Territoires malgré un avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Il subordonne l'affiliation des bailleurs à métayage au régime des personnes non salariées des professions agricoles à une participation effective à l'activité ou à la direction de l'exploitation agricole.

L'objectif est de faire en sorte que les bailleurs à métayage ne soient plus considérés comme des exploitants agricoles afin de les exonérer du paiement de cotisations sur les revenus issus du métayage et de leur permettre de cumuler leur pension et lesdits revenus.

● Le bail à métayage est un contrat par lequel le bailleur dispose d'un revenu en nature ou en espèces, versé par le preneur du bail. Habituellement, le preneur supporte l'essentiel des charges d'exploitations tandis que le bailleur conserve à sa charge les dépenses d'investissement de l'exploitation. En application de l'article L. 417-3 du code rural et de la pêche maritime, les préfets peuvent toutefois

définir une dérogation au partage des dépenses d'exploitation entre le bailleur et le preneur [(1)].

C'est notamment le cas en Champagne, à travers la pratique du « métayage franc » viticole dont les baux prévoient le partage de la production de l'exploitation, en nature ou en valeur, généralement à raison d'un tiers (tiers-franquistes) ou d'un quart (quart-franquistes) pour le bailleur et de deux tiers ou trois quarts pour le preneur, sans partage des frais d'exploitation, qui incombent intégralement au métayer.

En application de l'article L. 722-7-1 du code rural et de la pêche maritime [(2)], le preneur et le bailleur de biens ruraux faisant l'objet de baux à métayage sont considérés de manière constante comme des chefs d'exploitation et assujettis en cette qualité aux cotisations sociales du régime des personnes non salariées des professions agricoles. Le premier est assujetti sous réserve qu'il ne soit pas déjà affilié au régime des salariés agricoles. Le second l'est sous réserve qu'il ne soit pas déjà affilié à un autre régime de profession indépendante, en application de l'article L. 171-6-1 du code de la sécurité sociale qui empêche une double affiliation. Cette affiliation se fait en application des critères généraux d'assujettissement des activités non salariées agricoles fixés à l'article L. 722-5 du code rural et de la pêche maritime.

En vertu d'une pratique spécifique et ancienne de la caisse de mutualité sociale agricole (MSA) Marne-Ardennes-Meuse, les bailleurs à métayage champenois ne sont toutefois historiquement pas affiliés au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles. Il en résulte qu'ils ne paient pas de cotisations sur les revenus tirés du métayage et qu'ils ne sont pas soumis, contrairement aux autres bailleurs à métayage, à la règle subordonnant le service d'une pension de retraite de non-salarié agricole à la cessation ou la réduction de l'activité agricole ce qui leur permet de cumuler lesdits revenus avec leur pension de retraite.

● Suite au rappel de la doctrine effectué récemment par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) à l'ensemble des caisses relevant de son réseau, instruction fut donnée à la caisse de MSA Marne-Ardennes-Meuse d'affilier les bailleurs à métayage champenois au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles en vertu des dispositions législatives applicables.

---

(1) Cette possibilité prévue à l'article L. 417-3 du code rural et de la pêche maritime résulte de l'article 43 de la loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche. Comme en témoignent les travaux préparatoires de ladite loi, elle a été explicitement prévue pour sécuriser la pratique du métayage franc à la suite d'un arrêt de la Cour de cassation du 25 novembre 2008 qui aboutissait à devoir requalifier les baux à métayage passés en application de cette pratique ancienne en baux à fermage.

(2) Dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de sécurité sociale pour 2026. Les dispositions étaient auparavant codifiées à l'article L. 732-22 du code rural et de la pêche maritime.

Afin de sanctuariser une pratique qui s'est développée *contra legem*, l'article 5 *bis* modifie l'article L. 722-7-1 du code rural et de la pêche maritime afin de prévoir que, dans les baux à métayage, le bailleur ne soit affilié au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles qu'à la condition qu'il participe effectivement à l'activité ou à la direction de l'exploitation.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Jugeant qu'un tel article permettait à certains bailleurs de ne plus être affiliés au régime des personnes non salariées des professions agricoles, de ne pas payer de cotisations tout en permettant de bénéficier de règles dérogatoires au cumul emploi-retraite des agriculteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement de suppression, redéposé en séance (n° 591).

● En séance toutefois, la rapporteure générale a changé de position et, avec le Gouvernement, a émis un avis favorable à l'amendement n° 1362 rect. *quinquies* de Mme Anne-Sophie Romagny (groupe Union Centriste) et plusieurs de ses collègues de son groupe ainsi que des groupes Les Républicains, Les Indépendants - République et Territoires et Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants qui, tout en maintenant la dérogation résultant de l'article 5 *bis*, restreint légèrement son champ d'application. Les bailleurs à métayage ne seraient ainsi plus affiliés au régime des personnes non salariées des professions agricoles qu'à la condition que l'absence de partage des dépenses d'exploitation avec le preneur soit expressément prévue par le contrat ou résulte d'un « droit ancien ».

Le Sénat a ainsi adopté l'article 5 *bis* modifié.

3. La position du rapporteur général

● En première lecture, le rapporteur général avait proposé une demande de retrait s'agissant de l'amendement dont résulte le présent article, jugeant qu'il convenait d'éviter que la réponse à une situation locale spécifique ne se traduise par une modification générale des règles applicables sur l'ensemble du territoire national.

La rédaction résultant du Sénat lui apparaît toutefois mieux encadrée afin de permettre le maintien d'une pratique ancestrale propre à la région champenoise sans pour autant remettre en cause les règles générales d'affiliation des bailleurs à métayage au régime des personnes non salariées des professions agricoles.

Aussi propose-t-il de maintenir cet article dans sa rédaction résultant du Sénat.

*

* *

Article 5 ter

Exonération partielle de cotisations sociales pour les collaborateurs de chef d'exploitation agricole qui choisissent de devenir chef d'exploitation

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article résulte de l'adoption de l'amendement n° 1312 du rapporteur général et des amendements identiques n° 389 de Mme Danielle Brulebois (groupe Ensemble pour la République), n° 1768 de M. Laurent Wauquiez et des membres du groupe Droite Républicaine et n° 2340 de Mme Annie Vidal et des membres du groupe Ensemble pour la République malgré un avis défavorable du Gouvernement.

Sous certaines conditions, il élargit aux anciens conjoints collaborateurs passés chefs d'exploitation le bénéfice des exonérations partielles de cotisations sociales dont bénéficient les jeunes agriculteurs de moins de 40 ans.

L'objectif est d'inciter les conjoints collaborateurs atteignant la limite des cinq ans sous ce statut d'opter pour le statut de chef d'exploitation.

● En application de la loi n° 2021-1679 du 17 décembre 2021 visant à assurer la revalorisation des pensions de retraites agricoles les plus faibles (dite « loi Chassaigne 2 »), le statut de conjoint collaborateur d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne peut être conservé pour une durée supérieure à cinq ans. Applicable aux périodes courant depuis le 1er janvier 2022, cette règle conduira près de 10 000 personnes à devoir opter pour un autre statut au 1er janvier 2027.

Dans le but d'inciter ces personnes à opter pour le statut de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, le présent article propose de leur octroyer le bénéfice de l'exonération de cotisations sociales applicables aux jeunes agriculteurs [(1)]. Cette exonération ne s'appliquerait qu'à la condition que les conjoints collaborateurs concernés justifient bien d'une durée d'affiliation de cinq années sous ce statut, qu'ils fassent le choix d'exercer en tant que chef d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre principal ou exclusif et qu'ils s'engagent à conserver ce statut pendant au moins cinq ans.

L'application de cette exonération partielle aux anciens conjoints collaborateurs se ferait dans les mêmes conditions que pour les jeunes agriculteurs, à l'exception de la condition d'âge. L'exonération serait ainsi dégressive et limitée dans le temps.

(1) Prévu à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.

Cet article entrerait en vigueur le 1er janvier 2027. Son coût est estimé à environ 3 millions d'euros.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté des amendements de suppression de la commission (n° 592) et de Mme Annie Le Houerou et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain (n° 1763) suivant l'avis favorable du Gouvernement.

Les motifs ayant conduit le Sénat à supprimer cet article sont les suivants :

– l'incertitude concernant l'ampleur de son effet sur les recettes du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles ;

– le renforcement du caractère protecteur du statut de conjoint collaborateur lié à l'augmentation de l'effort contributif résultant de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 ;

– la difficulté supposée de contrôle des règles encadrant le bénéfice de cette exonération partielle ;

– les différences de situation entre les jeunes agriculteurs et les conjoints collaborateurs reprenant l'exploitation qui ne justifieraient pas que le dispositif prévu pour les premiers soit étendu aux seconds.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général ne partage pas la position des sénateurs.

D'une part, le caractère financier de la mesure apparaît relativement modeste puisqu'il a été estimé à environ 3 millions d'euros par le ministère chargé de l'agriculture, ce qui est très faible au regard d'un régime par ailleurs légèrement excédentaire. En outre, il s'agit bien d'inciter les conjoints collaborateurs qui devront quoiqu'il arrive renoncer à ce statut au bout du délai légal de cinq ans à choisir celui de chef d'exploitation plutôt que celui de salarié voire, ce qui serait pire, plutôt que de poursuivre leur activité sans la déclarer. Dans cette dernière hypothèse, la perte de recettes serait encore plus élevée que celle résultant de l'application du présent article.

D'autre part, le rapporteur général s'étonne que l'argument consistant à indiquer que les critères encadrant le bénéfice de cette exonération seraient complexes à contrôler émane des sénateurs du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, d'habitude plutôt enclins à défendre la conditionnalité des exonérations de cotisations sociales. Il ne partage en outre pas leur avis. La condition d'avoir exercé pendant cinq ans en tant que conjoint collaborateur est en effet facilement

contrôlable. Elle n'entraînera en outre pas de charges supplémentaires pour les caisses de mutualité sociale agricole dans la mesure où elles doivent déjà contrôler cette condition afin de supprimer le bénéfice du statut de conjoint collaborateur aux personnes qui atteignent la limite des cinq ans. Il en va de même du critère exigeant que l'activité agricole soit exercée à titre principal puisqu'il s'applique déjà aux jeunes agriculteurs.

● Pour ces raisons, et convaincu qu'il convient de traiter urgemment la question de la transition vers un statut plus protecteur des conjoints collaborateurs qui arriveront au bout du délai maximal de cinq ans sous ce statut en janvier 2027, le rapporteur général propose de rétablir cet article dans la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 5 quater

Mise en place d'un plan d'action ou d'une négociation sur l'emploi des seniors dans les entreprises de plus de trois cents salariés sous peine d'un malus sur les cotisations d'assurance vieillesse

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article résulte de l'adoption de l'amendement n° 1349 de M. Paul-André Colombani et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires malgré un avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Il insère un nouvel article L. 241-3-3 dans le code de la sécurité sociale, aux termes duquel *« les entreprises d'au moins trois cents salariés mentionnées à l'article L. 2242-2-1 du code du travail sont soumises à un malus sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage »* si elles ne mettent pas en œuvre :

– une négociation sur l'emploi, le travail et l'amélioration des conditions de travail des salariés expérimentés ;

– ou, à défaut, un plan d'action annuel destiné à favoriser leur emploi.

Les modalités du malus seraient déterminées par voie réglementaire, en prenant en compte les « *efforts constatés* » dans l'entreprise en faveur de l'emploi des seniors ainsi que des « *motifs de sa défaillance, sur la base de critères clairs* ».

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté des amendements de suppression de la commission (n° 593) et de Mme Patricia Demas et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains (n° 1763 rect. *bis*) suivant l'avis favorable du Gouvernement.

Les sénateurs ont en effet considéré :

– que le dispositif était partiellement satisfait par la loi n° 2025-989 du 24 octobre 2025 portant transposition des accords nationaux interprofessionnels en faveur de l'emploi des salariés expérimentés et relatif à l'évolution du dialogue social. En effet, l'article L. 2241-1 du code du travail tel qu'il résulte de l'article 1er de cette loi impose une négociation obligatoire au moins tous les quatre ans au niveau des branches professionnelles sur le thème de l'emploi et du travail des salariés expérimentés. L'accord de branche conclu en application de cette négociation peut comporter un plan d'action type pour les entreprises de moins de trois cents salariés [(1)].

En outre, en application de l'article L. 2242-2-1 du code du travail créé par l'article 2 de la loi précitée, dans les entreprises d'au moins trois cents salariés, l'employeur a l'obligation d'engager au moins une fois tous les quatre ans une négociation sur l'emploi, le travail et l'amélioration des conditions de travail des salariés expérimentés ;

– que le choix de créer une sanction pour les employeurs ne respectant pas ces dispositions sous la forme d'un malus applicable aux cotisations d'assurance vieillesse n'apparaissait ni conforme à la volonté des partenaires sociaux signataires de l'accord national interprofessionnel qui n'ont pas souhaité instaurer une telle sanction, ni adapté sur le plan technique, la modulation des cotisations d'assurance vieillesse pouvant avoir un effet insuffisamment documenté sur le système de retraites et les droits à pensions.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général partage la position des sénateurs et avait mobilisé certains arguments similaires en première lecture à l'appui de son avis défavorable à l'amendement de M. Colombani.

---

(1) Article L. 2241-2-1 du code du travail dans sa rédaction résultant de la loi du 24 octobre 2025 précitée.

Instaurer une sanction en cas de manquement à une obligation conventionnelle alors même que les partenaires sociaux signataires n'ont pas souhaité la prévoir lui semble contraire à l'esprit de l'accord national interprofessionnel dont la transposition n'a été promulguée, faut-il le rappeler, que le 24 octobre 2025.

Quand bien même une telle sanction devait être prévue, le choix de recourir à un mécanisme de modulation des cotisations d'assurance vieillesse apparaît certes logique du point de vue de la nécessité formelle de créer un dispositif relevant du champ des lois de financement de la sécurité sociale pour éviter une censure, mais ne semble pas particulièrement pertinent sur le fond. Certes la modulation des cotisations existe-t-elle s'agissant des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles mais celle-ci est directement liée à la sinistralité de l'entreprise. Or, l'on peut douter de l'existence d'un lien privilégié entre l'absence de négociation sur les conditions de travail des salariés expérimentés et les dépenses d'assurance vieillesse par rapport par exemple aux dépenses d'assurance maladie. Une pénalité financière sans lien avec les cotisations paraîtrait plus justifiée mais présenterait le risque d'être considéré comme un cavalier social.

Au-delà de ces considérations d'opportunité, le rapporteur général considère que les critères selon lesquels les modalités de la modulation des cotisations d'assurance vieillesse devraient être déterminées sont insuffisamment précis.

Pour toutes ces raisons, le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 5 *quater*.

*

* *

Article 6

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

Origine de l'article : article du projet de loi, supprimé par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : rétabli.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

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 à ce titre le pendant, dans le champ des recettes de la sécurité sociale, de l'« année blanche » prévue à l'article 44

concernant les prestations sociales. Par ailleurs, il supprime pour l'avenir le mécanisme d'indexation automatique de ces seuils sur l'inflation.

Contre l'avis du rapporteur général de la commission des affaires sociales et du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté les amendements de suppression n° 122 de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés, n° 128 de Mme Karine Lebon et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine, n° 310 de M. Hendrik Davi et des membres du groupe Écologiste et Social, n° 853 de Mme Joëlle Mélin et des membres du groupe Rassemblement National, n° 873 de M. Laurent Wauquiez et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, n° 1350 de M. Paul-André Colombani et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires, n° 1814 de Mme Ségolène Amiot et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, n° 1892 de M. Éric Ciotti et des membres du groupe Union des droites pour la République et n° 2280 de M. Jean-Didier Berger (groupe Droite Républicaine).

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Suivant l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté les amendements identiques n° 33 rect. de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste) et n° 594 rect. de la commission visant à rétablir l'article 6 dans sa rédaction initiale, moyennant la réintroduction pour l'avenir du mécanisme d'indexation automatique du barème sur l'inflation que le projet de loi proposait de supprimer au profit de l'indexation annuelle des seuils sur ce barème par la loi de financement de l'année.

3. L'avis du rapporteur général

● Le rapporteur général prend acte du rétablissement par le Sénat d'une mesure qui avait fait l'objet d'une large opposition sur les bancs de l'Assemblée nationale. Il relève cependant que le Sénat a choisi, comme il l'avait lui-même proposé, de rétablir pour l'avenir l'indexation automatique du barème sur l'inflation, conformément au principe de l'année blanche qui, par nature, doit demeurer exceptionnelle.

Lors de l'examen en première lecture, le rapporteur général, soucieux de préserver le niveau de vie des retraités et des bénéficiaires de l'assurance chômage aux ressources modestes, avait proposé de limiter la non-indexation du barème au seuil d'assujettissement au taux supérieur applicable aux pensions de retraite, ce qui aurait permis de préserver une partie de l'effet de la mesure, qui n'aurait dès lors plus concerné qu'environ 1 % des foyers fiscaux, dont le revenu mensuel s'élève à environ 2 170 euros pour la première part de quotient familial.

● Fort du vote émis par l'Assemblée nationale en première lecture, le rapporteur général est favorable à la suppression de cet effort qui pénaliserait 1 % à 3 % des foyers fiscaux selon que le gel serait total ou partiel.

*

* *

Article 6 bis

Augmentation du taux de la contribution sociale généralisée applicable aux revenus du patrimoine et des produits de placement

Origine de l'article : amendement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

Cet article est issu de trois amendements identiques n° 127 de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés, n° 131de M. Yannick Monnet et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine ainsi que n° 1817 de Mme Élise Leboucher et des membres du groupe La France Insoumise - Nouveau Front Populaire, ayant fait l'objet d'un avis favorable du Gouvernement. La ministre de l'action et des comptes publics a déclaré souhaiter que le débat sur une possible hausse du taux de la contribution sociale généralisée (CSG) applicable aux revenus du capital puisse se poursuivre aux étapes ultérieures de la navette dans le cas où une telle augmentation serait nécessaire pour réduire le déficit des comptes sociaux [(1)].

Auparavant, des amendements identiques avaient été adoptés par la commission des affaires sociales avant que cette dernière ne rejette la deuxième partie du projet de loi, puis l'ensemble de ce dernier [(2)]. En séance publique, le rapporteur général s'y est déclaré défavorable, comme il l'avait fait durant l'examen du projet de loi par la commission [(3)].

---

(1) Cf. *les extraits des comptes rendus des première et deuxième séances du mercredi 5 novembre 2025 dans l'encadré* infra.

(2) Amendements AS126 de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés et AS381 de Mme Élise Leboucher et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire.

(3) Cf. *rapport n° 2057 (XVII^e législature) fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, par M. Thibault Bazin, M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, tome III, pp. 113-114.*

La motivation de l'avis du Gouvernement concernant les amendements 127 et identiques

Le Gouvernement a d'abord émis un avis que la ministre de l'action et des comptes publics a qualifié « *de responsabilité et de méthode* » concernant l'amendement n° 1020 de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés, qui proposait d'augmenter le taux de la CSG sur les revenus du patrimoine et des produits de placement de 1,4 point en 2026 puis de 0,6 point en 2027, avant de le ramener à 10,2 % en 2028 – soit un niveau supérieur de 1 point au taux prévu par le droit existant. Invitée par M. Aurélien Pradié, à l'occasion d'un rappel au Règlement, à préciser la position du Gouvernement au regard des trois modalités usuelles d'expression de celle-ci – lesquelles consistent à émettre un avis favorable ou défavorable ou à s'en remettre à la sagesse de l'Assemblée nationale –, la ministre s'est déclarée favorable à l'amendement n° 1020.

Ce dernier, placé au début d'une discussion commune, a toutefois été rejeté par l'Assemblée nationale à la fin de la première séance du mercredi 5 novembre. Au début de la séance suivante, les amendements n° 127 et identiques – qui faisaient partie de la même discussion commune et proposaient une augmentation pérenne de 1,4 point du taux de la CSG portant sur la même assiette – ont finalement été adoptés.

Extraits du compte rendu de la première séance du 5 novembre 2025 :

« *Mme Amélie de Montchalin, ministre*

« Nous devons regarder la réalité en face et assumer notre responsabilité, qui est d'assurer la pérennité de notre système social. Il est très important de nous fixer l'objectif de ne pas dépasser un déficit de la sécurité sociale de 20 milliards d'euros en 2026, alors qu'il était déjà de 23 milliards en 2025. Je le rappelle, un déficit supérieur à 20 milliards en 2026 signifierait porter le plafond d'endettement de [*l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ou Acoss*] à plus de 85 milliards, ce qui mettrait notre système en danger.

« Vous avez fait une série de propositions auxquelles le gouvernement n'était pas initialement favorable. Nous sommes en première lecture et nous entrons, vous le savez, dans un processus d'entonnoir : dans le cadre de la navette, il y aura des discussions. Compte tenu des équilibres politiques que nous connaissons au Sénat, affirmer ce soir que je suis défavorable à l'ensemble de ces amendements en discussion commune signifierait faire disparaître la CSG dite patrimoine de l'ensemble du processus budgétaire.

« *M. Erwan Balanant*

Ce serait dommage !

« *Mme Amélie de Montchalin, ministre*

« Aussi, je donne un avis de responsabilité et de méthode sur l'amendement n° 1020 de M. Jérôme Guedj, ce qui signifie que je suis favorable à ce que, dans le cadre de ce débat, nous contribuions à équilibrer les comptes de la sécurité sociale. Je le dis avec beaucoup de solennité : le gouvernement se mobilise pour trouver des économies et accompagnera les nombreux députés qui y travaillent, mais il ne souhaite pas prendre le risque de mettre la sécurité sociale en difficulté en se privant, dans la navette, de l'outil que constitue la CSG patrimoine. Je formule donc un avis de responsabilité et de méthode, je le répète, pour que nous puissions revenir sur le sujet dans la navette, en deuxième lecture, au vu des économies qui, je l'espère, seront proposées d'ici là et qui nous éviteraient d'utiliser cet outil outre mesure.

« [...]

« *M. Aurélien Pradié*

« [...] Le gouvernement ne peut donner que deux avis – favorable ou défavorable – ou bien s'en remettre à la sagesse de l'Assemblée. En revanche, l'avis de « méthode » et l'avis de « responsabilité » n'existent que dans votre monde – ils n'ont pas cours dans la vie parlementaire ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LFI-NFP.*) Sur ces amendements, nous voulons savoir si vous donnez un avis favorable, défavorable ou si vous vous en remettez à la sagesse de l'Assemblée. Tout le reste, c'est du baratin !

« *Mme Amélie de Montchalin, ministre*

« Favorable ! »

Extraits du compte rendu de la deuxième séance du 5 novembre 2025 :

Mme Amélie de Montchalin, ministre de l'action et des comptes publics

« [...]

« Vous avez rejeté l'amendement n° 130 rectifié, similaire à l'amendement n° 127, à venir. Mais ce dernier, contrairement au précédent, s'applique aussi aux années 2027 et 2028, et pas uniquement à 2026. Or nous ne sommes pas dans le cadre d'un projet de loi de programmation.

« [...]

« Nous pouvons tous convenir qu'il y aura bien un PLFSS pour 2027. Vous serez là pour en débattre – l'Assemblée est censée durer plus longtemps que les ministres – et vous pourrez donc décider ce que vous ferez pour 2027.

« Je le répète, nous ne sommes pas dans le cadre d'un projet de loi de programmation. Les engagements pour 2027 peuvent être écrits, puis retirés. En conséquence, même si l'amendement n° 127 parle du futur, nous devrions nous concentrer sur ce qu'il propose concrètement pour 2026. »

a. Le droit existant

● La CSG est juridiquement constituée de plusieurs contributions portant sur les différentes catégories de revenus des personnes physiques. Elle comprend ainsi :

– une contribution portant sur les revenus d'activité et de remplacement (1) ;

– une contribution portant sur les revenus du patrimoine (2) ;

– une contribution portant sur les produits de placement (3) ;

(1) 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.

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

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

– une contribution portant sur les sommes engagées et les produits perçus à l'occasion des jeux [1].

● Les taux respectifs de ces contributions ont progressivement augmenté depuis la création de la CSG. Au même titre que la contribution assise sur les revenus d'activité et de remplacement – hormis les pensions de retraite et les allocations d'assurance chômage, qui sont soumises à un barème spécifique [2] –, la CSG est prélevée depuis 2019 au taux de 9,2 % tant sur les revenus du patrimoine que sur ceux tirés de placements [3].

ÉVOLUTION DU TAUX DE LA CSG PAR ASSIETTE

Origine du changement de taux	Revenus du patrimoine et des placements	Revenus d'activité
Loi n° 90-1168 du 29 décembre 1990 de finances pour 1991	1,1 %	1,1 %
Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale	2,4 %	2,4 %
Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997	3,4 %	3,4 %
Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité social pour 1998	7,5 %	7,5 %
Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [1]	8,2 %	7,5 %
Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	9,9 %	9,2 %
Loi n° 2018-1213 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 [2]	9,2 %	9,2 %

(1) L'augmentation de 0,7 point du taux de la CSG sur les revenus du capital s'était accompagnée, à défaut d'une augmentation équivalente du taux de la CSG sur les revenus d'activité, d'un élargissement de l'assiette de celle-ci sous la forme d'une réduction de deux points de l'abattement forfaitaire au titre des frais professionnels.

(2) La réduction de 0,7 point du taux de la CSG sur les revenus du capital participait d'une réorganisation – à taux global constant – des prélèvements sociaux sur ces revenus. *Cf.* note de bas de page *infra*.

Source : commission des affaires sociales sur la base des rédactions successives de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

---

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

(2) Cf. *le commentaire de l'article 6 dans le rapport n° 2057 (XVII^e législature) fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, par M. Thibault Bazin, M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 1er novembre 2025, tome II, pp. 113-114.*

(3) 2° du I de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

La somme des prélèvements sociaux sur les revenus du capital – qui, outre la CSG, comprennent la contribution pour remboursement de la dette sociale (CRDS) [1], au taux de 0,5 % [2], et le prélèvement de solidarité, au taux de 7,5 % [3] – s'élève ainsi à 17,2 % [4]. Les revenus des valeurs mobilières subissent également l'impôt sur le revenu au taux de 12,8 % lorsque le contribuable opte pour le prélèvement forfaitaire unique (PFU, ou « *flat tax* »), ce qui porte à 30 % le taux global des prélèvements obligatoires sur les revenus concernés par cette option [5].

● L'assiette de la CSG sur les revenus du patrimoine comprend en particulier les revenus fonciers, les rentes viagères constituées à titres onéreux et les revenus de capitaux mobiliers [6].

● La CSG sur les produits des placements s'applique en particulier aux plus-values immobilières, aux produits attachés aux contrats de capitalisation, aux intérêts et primes des plans d'épargne logement (PEL) et des comptes d'épargne logement (CEL), aux produits des plans d'épargne populaire (PEP), au gain net réalisé ou à la rente viagère versée lors d'un retrait de sommes ou valeurs ou de la clôture d'un plan d'épargne en actions (PEA) et aux revenus des plans d'épargne salariale (plans d'épargne en entreprise, ou PEE ; plans d'épargne interentreprise, ou

---

(1) Articles 15 et 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

(2) Article 19 de l'ordonnance n° 96-50 précitée. Ce taux est demeuré inchangé depuis 1996 pour l'ensemble des assiettes.

(3) Article 235 ter *du code général des impôts. Par renvoi aux articles L. 136-6 et L. 136-7 du code de la sécurité sociale, qui portent respectivement sur les revenus du patrimoine et des produits de placement, l'assiette du prélèvement de solidarité et de la CRDS applicables à ces revenus est la même que celle de la CSG.*

(4) Bien que le prélèvement de solidarité continue d'être communément qualifié de prélèvement social, le produit de cette imposition est aujourd'hui affecté à l'État. Cette situation résulte de la réforme des prélèvements sociaux sur les revenus du capital opérée en 2019 pour tirer les conséquences des arrêts De Ruyter *et* Dreyer *de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) quant à la mise en œuvre du principe d'unicité en matière de sécurité sociale (*cf. *l'arrêt du 26 février 2015,* Ministre de l'économie et des finances contre Gérard de Ruyter*, affaire C-623/13 et l'arrêt du 14 mars 2019,* Ministre de l'action et des comptes publics contre M. et Mme Raymond Dreyer*, affaire C-372/18). Jusqu'en 2018, les revenus du patrimoine et des produits de placement subissaient, outre la CSG et la CRDS, un prélèvement social au taux de 4,5 %, une contribution additionnelle à celui-ci au taux de 0,3 % – laquelle constituait le pendant de la contribution de solidarité pour l'autonomie assise sur les revenus d'activité – et un prélèvement de solidarité au taux de 2 % établi au bénéfice de l'État, tandis que les quatre premières contributions citées étaient affectées à la sécurité sociale. La réforme a consisté à fusionner le prélèvement social, la contribution additionnelle et le prélèvement de solidarité en une contribution unique au taux de 7,5 % affectée à l'État et à réduire par coordination le taux de la CSG sur les revenus du capital de 0,7 point (soit la différence entre le taux du nouveau prélèvement de solidarité et la somme de ceux des contributions auxquelles il s'est substitué). La fraction du produit de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée à la sécurité sociale a été ajustée pour neutraliser l'effet de la mesure sur les recettes de la sécurité sociale.* Cf. *l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.*

(5) Les plus-values immobilières sont soumises à un régime d'imposition spécifique. Si elles sont assujetties aux prélèvements sociaux au taux de 17,2 % – le 2° du I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale les intégrant à l'assiette de la CSG sur les revenus des placements – elles subissent en principe l'impôt sur le revenu au taux forfaitaire de 19 %, en application de l'article 200 B du code général des impôts. Un abattement s'applique en fonction de la durée de détention du bien concerné, conformément à l'article 150 VC du code général des impôts dans le cas de l'impôt sur le revenu et, s'agissant des prélèvements sociaux, en application du 2 du VI de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

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

PEI ; plans d'épargne pour la retraite collectif, ou Perco ; plans d'épargne retraite d'entreprise collectif, ou PER-CO) [1].

Sont toutefois exclus de l'assiette de cette contribution, en particulier, les intérêts des produits d'épargne réglementés que sont le livret A, le livret d'épargne populaire (LEP), le livret jeune et le livret de développement durable et solidaire (LDSS).

b. Le dispositif proposé

Cet article propose d'augmenter de 1,4 point le taux de la CSG sur les revenus du patrimoine et des placements, en le portant de 9,2 % à 10,6 %. Par conséquent, dans le cas des revenus soumis au prélèvement forfaitaire unique, la somme des taux des contributions applicables passerait de 30 % à 31,4 %.

D'après les prévisions présentées dans le dernier rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, cette augmentation de taux entraînerait des recettes supplémentaires de l'ordre de 2,8 milliards d'euros [2].

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté quatre amendements de suppression de cet article déposés par M. Emmanuel Capus et plusieurs de ses collègues des groupes Les Indépendants - République et Territoires, Union Centriste et Les Républicains (n° 523 rect. *bis*), la commission des affaires sociales (n° 595), M. Michel Canévet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste (n° 1093 rect. *bis*) et M. Stéphane Le Rudulier et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains (n° 1506 rect. *ter*). Le Gouvernement s'en est remis à la sagesse du Sénat. À l'appui de sa position, la commission des affaires sociales a exprimé une préférence de principe pour la maîtrise des dépenses sur l'augmentation de la fiscalité, tout en rappelant que des propositions tendant à accroître la fiscalité sur le patrimoine ou les transmissions pour dégager de nouvelles ressources en faveur de la sécurité sociale ont été formulées dans divers rapports au cours des dernières années [3].

---

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

(2) En 2026, sans changement de taux, le produit de la CSG sur les revenus du patrimoine s'élèverait à 7,1 milliards d'euros quand celui de la CSG sur les revenus des placements atteindrait 11,1 milliards d'euros. La valeur d'un point de CSG sur ces deux assiettes peut donc être estimée à près de 2 milliards d'euros, de sorte. Cf. *le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2025, p. 51.*

(3) Rapport n° 131 (2025-2026) fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, fait au nom de Mme Élisabeth Doineau, Mme Corinne Imbert, Mme Pascal Gruny, M. Olivier Henno, Mme Marie-Pierre Richer et Mme Chantal Deseyne, enregistré à la présidence du Sénat le 15 novembre 2025, tome II, fascicule 1, p. 78. La commission mentionne en particulier le rapport remis conjointement par le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) et le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), Pour un redressement durable de la sécurité sociale*, juillet 2025.* Cf. *notamment les pages 363 à 366 de ce rapport, dans lesquelles l'hypothèse d'une hausse de la CSG est documentée.*

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général approuve la suppression de cet article effectuée par le Sénat.

Il relève en premier lieu que, compte tenu de la diversité des revenus entrant dans l'assiette de la CSG sur le capital et du caractère proportionnel de cette imposition, l'effet d'une telle mesure ne serait pas concentré sur les détenteurs d'un patrimoine conséquent mais que celle-ci frapperait au contraire, dès le premier euro versé, la plupart des revenus du patrimoine et de l'épargne, sans distinction tenant aux capacités contributives des redevables.

Le rapporteur général déplore également que l'avis favorable émis par le Gouvernement, même motivé par des considérations de méthode plus que par une adhésion à la lettre du dispositif proposé, n'ait pas été accompagné d'une évaluation des effets d'une telle mesure sur les revenus des ménages ou sur l'investissement. Il rappelle à cet égard que les trois Haut Conseils ont constaté, dans un rapport récent, qu'il n'existe pas « *de simulation des impacts économiques* » d'une augmentation du taux de la CSG limitée à une partie de l'assiette de celle-ci. Ce rapport soulignait cependant qu'une hausse d'un point de ce taux pour l'ensemble des assiettes entraînerait à long terme, selon les modèles économétriques de l'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE) et de la direction générale du Trésor, une contraction du produit intérieur brut comprise entre 0,2 et 0,9 point et une diminution de l'emploi de 0,1 % à 1 %.

INCIDENCE D'UNE HAUSSE D'UN POINT DU TAUX DE LA CSG SUR L'ENSEMBLE DES ASSIETTES

	PIB en %				Emploi en %				Solde public primaire en pts de PIB			
	1 an	2 ans	5 ans	Long terme	1 an	2 ans	5 ans	Long terme	1 an	2 ans	5 ans	Long terme
OFCE	– 0,1	– 0,4	– 0,9	– 0,2	0,0	– 0,2	– 0,8	– 0,1	1,0	0,8	0,5	0,7
DG Trésor	– 0,4	– 0,8	– 0,8	– 0,9	– 0,1	– 0,7	– 1,1	– 1,0	0,8	0,5	0,5	0,5

Source : HCFiPS, Hcaam et HCFEA, Pour un redressement durable de la sécurité sociale, *juillet 2025, p. 365.*

S'il est impossible d'extrapoler l'effet d'une augmentation du taux de la CSG limitée aux revenus du capital à partir de ces simulations – dans la mesure où ces revenus constituent une part minoritaire de l'assiette de la CSG et où les mécanismes économiques de transmission d'une hausse de la fiscalité ne sont pas les mêmes d'une catégorie de revenus à l'autre –, le rapporteur général y voit un motif supplémentaire de prudence à l'égard d'une mesure aux effets économiques non documentés, et qui ne saurait être appréhendée sous le seul angle de son rendement à court terme pour les finances sociales.

*

* *

Article 6 ter

Extension du dispositif de lissage du revenu pris en compte pour la détermination du taux de contribution sociale généralisée applicable à certains revenus de remplacement

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu d'un amendement (n° 159) de Mme Valérie Rossi et des membres du groupe Socialistes et apparentés, adopté contre l'avis du rapporteur général et du Gouvernement, puis retenu par ce dernier dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution.

● Dans le cas des pensions de retraite et d'invalidité, un contribuable auparavant exonéré de la contribution sociale généralisée (CSG) sur ces revenus ou soumis au taux réduit de 3,8 % ne se voit appliquer un taux supérieur qu'à la condition que ses revenus dépassent le seuil correspondant à ce taux durant deux années consécutives [(1)]. Ce mécanisme de lissage s'applique aussi aux exonérations de contribution pour le remboursement de la dette sociale (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 %.

D'après les auteurs de l'amendement dont résulte cet article, ce dernier vise à étendre le dispositif de lissage, d'une part, au franchissement du seuil d'assujettissement au taux de 3,8 % par un contribuable auparavant exonéré de CSG (**1**° du **I**, qui modifie le 1° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale) et, d'autre part, au passage du taux de 6,6 % au taux de 8,3 %, pour les seules pensions de retraite et d'invalidité (**2**° du **I**, portant sur le 1° du III *bis* du même article) [(2)].

Toutefois, si l'article est conforme à l'objectif poursuivi par l'amendement sur ce dernier point, il soumettrait par ailleurs au taux de 3,8 % les contribuables ayant franchi le seuil d'assujettissement à celui-ci au cours de l'antépénultième année – et non seulement ceux l'ayant atteint au cours de l'avant-dernière année –,

---

(1) 2° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. Cf. *le commentaire de l'article 6 dans le rapport n° 2057 (XVII^e législature) fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, par M. Thibault Bazin, M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 1^er novembre 2025, tome II.*

(2) Cf. *l'exposé sommaire de l'amendement n° 159 : «* l'amendement proposé vise à étendre le lissage lors de chaque passage à un taux supérieur uniquement si les revenus excèdent au titre de deux années consécutives le plafond d'assujettissement à un taux supérieur *».*

ce qui aurait pour conséquence de soumettre à la CSG des revenus de remplacement qui en sont actuellement exonérés – à savoir les pensions et les allocations de contribuables passant du taux de 3,8 % au taux zéro. Ce « lissage à rebours » ne paraît pas conforme à l'intention des auteurs de l'amendement.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Suivant l'avis du Gouvernement, la commission a adopté un amendement (n° 596) de suppression de cet article.

Comme l'avait fait votre rapporteur général devant l'Assemblée nationale, la commission des affaires sociales du Sénat a souligné que cet article, en rendant plus difficile le passage à un taux supérieur, entraînerait des pertes de recettes pour la sécurité sociale. D'après les informations transmises par le Gouvernement à cette commission, le montant de ces pertes atteindrait 200 millions d'euros [(1)].

En outre, la commission a mis en évidence le risque de constituer un précédent qui justifierait de prévoir un dispositif analogue de lissage dans le cas d'autres prélèvements obligatoires comprenant un barème tenant compte des capacités contributives des redevables.

Elle a enfin rappelé que le taux supérieur de la CSG applicable aux pensions de retraite et d'invalidité (8,3 %) est inférieur à celui auquel cette contribution est prélevée sur les revenus d'activité (9,2 %).

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général approuve la suppression de l'article 6 *ter* effectuée par le Sénat.

S'il comprend naturellement l'intention des auteurs de l'amendement dont résulte cet article – qui était de prémunir les retraités et les chômeurs aux ressources modestes d'une augmentation du taux de la CSG applicable respectivement à leurs pensions et à leurs allocations –, il rappelle que son dispositif juridique ne remplit pas cet objectif, que le coût de cette mesure n'est pas négligeable et que celle-ci, comme l'a justement souligné la commission des affaires sociales du Sénat, pose un problème de principe vis-à-vis du barème d'autres prélèvements – tels que l'impôt sur le revenu –, qui ne comportent pas de dispositif de lissage.

En outre, le rapporteur général tient à rappeler que le barème propre à certains revenus de remplacement constitue en tant que tel un régime dérogatoire favorable aux retraités et aux titulaires d'une allocation de chômage, dans la mesure

---

(1) Rapport n° 131 (2025-2026) fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, fait au nom de Mme Élisabeth Doineau, Mme Corinne Imbert, Mme Pascal Gruny, M. Olivier Henno, Mme Marie-Pierre Richer et Mme Chantal Deseyne, enregistré à la présidence du Sénat le 15 novembre 2025, tome II, fascicule 1, p. 79.

où la CSG portant sur les autres revenus n'est pas prélevée selon un barème progressif et où le taux supérieur applicable respectivement aux pensions de retraite (8,3 %) et aux allocations de l'assurance chômage (6,2 %) est inférieur à celui auxquels sont assujettis les revenus d'activité, qui est de 9,2 % quelles que soient les capacités contributives des redevables.

*
* *

Article 6 quater *(nouveau)*
Exclusion des contributions employeurs destinées au financement d'un contrat solidaire « socle » de l'assiette des cotisations de sécurité sociale

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● L'article 6 *quater* est issu de l'adoption de l'amendement n° 1286 rect. *bis* présenté par Mme Marie-Claire Carrère-Gée et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants. Il a fait l'objet d'un avis défavorable de la commission suivant la position exprimée par le Gouvernement.

L'article 6 *quater* exclut de l'assiette des cotisations de sécurité sociale les contributions employeurs destinées au financement d'un contrat solidaire « socle » nouvellement créé [(1)]. Cette nouvelle catégorie de contrat complémentaire – dont l'encadrement est renvoyé au pouvoir réglementaire – proposera aux assurés une couverture restreinte aux seuls besoins de santé considérés « essentiels ». La disposition traduit une recommandation de la mission d'information sénatoriale « Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français » qui proposait une révision du périmètre du contrat responsable dans le sens d'une amélioration du rapport entre le coût généré pour les assurés, d'une part, et les garanties de santé offertes, d'autre part [(2)].

Au cours des débats en séance publique, le Gouvernement a indiqué qu'il souhaitait également une réforme du contrat complémentaire solidaire. Toutefois, il a relevé le caractère partiel de la disposition créée qui ne modifie pas, en l'état de sa rédaction, le régime applicable au contrat solidaire. Enfin, l'absence de chiffrage des effets financiers de la mise en œuvre de la mesure a également été relevée.

---

(1) Plus spécifiquement la disposition exclut de l'assiette des cotisations de sécurité sociale les contributions visées au sixième et au huitième alinéas de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Rapport n° 770 (2023-2024) fait au nom de la mission d'information sur le thème « Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français », Mme Marie-Claire Carrère-Gée et M. Xavier Iacovelli, p. 173.

2. La position du rapporteur général

● Si le rapporteur général estime nécessaire une réforme des contrats complémentaires solidaires afin de les recentrer sur la couverture des besoins essentiels de santé, il considère néanmoins qu'une telle évolution gagnerait à faire l'objet d'un texte spécifique. Il partage, en ce sens, le souhait formulé en séance publique devant les sénateurs par la ministre de la santé de renvoyer cette question aux travaux de la mission gouvernementale consacrée à la coordination assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire. En outre, dans un contexte de fortes tensions sur les finances de la sécurité sociale, il partage l'inquiétude formulée quant à l'absence de chiffrage d'une disposition qui pourrait réduire le montant appelé des cotisations de sécurité sociale.

*
* *

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

Origine de l'article : projet de loi – modifié par la lettre rectificative.

Sort à l'Assemblée nationale : supprimé.

Sort au Sénat : rétabli et modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article, l'un des cinq à avoir été modifiés par la lettre rectificative, prévoit, pour le seul exercice à venir, une participation fiscale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Ocam) 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 % ; 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 – en compléments d'autres dispositions figurant à l'article 44.

Le rendement de la contribution pour la branche maladie équivaudrait 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.

Dans sa version antérieure au dépôt de la lettre rectificative, l'article 7 créait une contribution au taux de 2,05 %, affectée à la seule branche maladie.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu les douze amendements de suppression n° 124 de M. Corentin Le Fur et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, n° 150 de M. Yannick Monnet et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine, n° 161 de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés, n° 393 de Mme Danielle Brulebois (groupe Ensemble pour la République), n° 874 de M. Laurent Wauquiez et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, n° 1125 de Mme Christelle D'Intorni et plusieurs de ses collègues du groupe Union des droites pour la République, n° 1647 de M. Christophe Bentz et des membres du groupe Rassemblement National, n° 1820 de M. Hadrien Clouet et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, n° 1876 de M. Alexandre Allegret-Pilot (groupe Union des droites pour la République), n° 2047 de M. Bastien Marchive et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République, n° 2163 de M. Charles de Courson et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires et n° 2499 de M. Stéphane Viry (groupe Libertés, Indépendants, Outre-Mer et Territoires), adoptés après que le rapporteur général s'en est remis à la sagesse de l'Assemblée et contre l'avis du Gouvernement.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, suivant l'avis du Gouvernement, les trois amendements identiques n° 180 de M. Xavier Iacovelli et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, n° 597 de la rapporteure générale et n° 1259 de M. Daniel Chasseing et des membres du groupe Les Indépendants - République et Territoires rétablissant l'article 7 dans sa rédaction antérieure au dépôt de la lettre rectificative, donc avec un taux de 2,05 % et une affectation du produit à la seule branche maladie.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose de conserver l'article 7 dans sa rédaction résultant des travaux du Sénat.

● Sur le fond, le rapporteur général réitère la position qu'il a exprimée en première lecture : la hausse des cotisations des complémentaires décidée à l'été 2025 a pu avoir pour prétexte un relèvement annoncé du taux du ticket modérateur qui est demeuré au stade de projet ; la crainte que la taxe exigée par le Gouvernement soit

répercutée dans les tarifs exigés de la part des assurés est sérieuse ; à défaut d'une suppression de l'article 7, il est effectivement préférable de le rétablir avec un taux de 2,05 %, car ce n'est pas à la protection maladie complémentaire – qu'il s'agisse de ses prestataires ou de ses clients – de payer pour l'équilibre de la branche vieillesse, que la suspension de la réforme de 2023 va encore considérablement dégrader. Le rapporteur général s'inquiète que cette contribution des organismes complémentaires au titre de l'année 2026 se répercute sur les assurés sociaux en 2027 par des hausses de cotisations. Il invite le Gouvernement à ne pas pérenniser pareille contribution.

*
* *

Article 7 bis
Instauration de niches sociale et fiscale en faveur des coopératives pharmaceutiques

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, contre l'avis du rapporteur général et du Gouvernement, de l'amendement n° 797 de M. Cyrille Isaac-Sibille (groupe Les Démocrates).

Il crée un article L. 136-8-1 du code de la sécurité sociale aux termes duquel les « *dividendes coopératifs et* [...] *excédents de gestion distribués annuellement par les sociétés coopératives ou unions de coopératives, ayant pour objet principal la mise en commun de moyens, l'achat, la logistique, la distribution ou la promotion de produits et services pharmaceutiques* » et les « *dividendes distribués annuellement par les sociétés du commerce associé* [...] *ayant* [le même] *objet principal* » (**I**), quand dans ces secondes sont cumulativement observés divers critères comme le fait que « *la présidence ou la direction effective est assurée par un pharmacien en exercice* [...] » ou celui que « *l'intégralité des droits de vote est détenue par des pharmaciens titulaires d'officine* » (**II**), et dans les deux cas à hauteur des sommes distribuées à des pharmaciens (tant l'entrée au capital d'une structure est libre) (**III**), et sous réserve de faire l'objet d'une déclaration spécifique (**IV** et **VI**), bénéficient d'un traitement fiscal et social extrêmement favorable (**V**), à savoir :

– un taux de 15 % pour l'impôt sur les sociétés (IS), alors que le principal cas d'une dérogation de cette ampleur au taux normal de 25 % prévu par l'article 219 du code général des impôts concerne les « *redevables ayant réalisé un chiffre*

d'affaires n'excédant pas 10 millions d'euros [et] *dans la limite de 42 500 euros de bénéfice imposable par période de douze mois* », ce qui d'ailleurs ne devrait même pas être évoqué à la faveur des débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, puisqu'il s'agit d'un impôt d'État ;

– une exonération complète des prélèvements sociaux qui s'additionnent au taux de 17,2 %, soit 9,2 % pour la contribution sociale généralisée (CSG) et 0,5 % pour la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), ainsi que 7,5 % pour le prélèvement de solidarité.

● Le rapporteur général partage la volonté de soutenir le réseau des officines. Il est aussi attentif aux dérives de la financiarisation : l'actionnariat, parfois étranger, remet en cause le monopole pharmaceutique et perturbe les remboursements de l'assurance maladie [(1)] ; toutefois, il juge que c'est sous l'angle de la régulation que la lutte contre les « coups » portés au modèle officinal sera conduite avec le plus d'efficacité : la franchise envisagée par l'article 7 *bis* paraît constituer une différence de traitement qu'il serait difficile de justifier en droit vis-à-vis d'autres professionnels qui ont également des difficultés ponctuelles ou souffrent d'une concurrence plus structurelle.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu l'amendement n° 797 dont résulte cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, suivant l'avis du Gouvernement, les deux amendements de suppression de l'article 7 *bis* n° 598 de la rapporteure générale et n° 1464 de M. Michel Canévet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 7 *bis* effectuée par le Sénat.

*

* *

(1) Rapport n° 776 (2023-2024) de Mme Corinne Imbert et MM. Bernard Jomier et Olivier Henno, en conclusion d'une mission d'information sur la financiarisation de l'offre de soins, enregistré à la présidence du Sénat le 25 septembre 2024 (pp. 44-48, 97-100 et 130-133).

Article 7 ter

Soumission des contrats de complémentaire santé à destination des agriculteurs retraités à un taux réduit de taxe de solidarité additionnelle

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, le rapporteur général s'en étant remis à la sagesse de l'Assemblée et contre l'avis du Gouvernement, des deux amendements identiques n° 180 de Mme Justine Gruet et M. Éric Liégeon (groupe Droite Républicaine) et n° 1320 de M. Hubert Ott et plusieurs de ses collègues des groupes Les Démocrates et Ensemble pour la République.

Il modifie le 2° du II *bis* de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale pour que, s'agissant de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) qui repose sur les cotisations d'assurance maladie complémentaire et est affectée à la branche maladie, notamment pour financer la complémentaire santé solidaire (C2S), le taux réduit de 6,27 % au lieu de 13,27 % – qui s'applique déjà aux garanties de protection couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture [(1)] ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation – soit étendu aux contrats souscrits par les « *retraités relevant de ces mêmes régimes* ».

● Le rapporteur général souligne que le coût de cette mesure, situé dans une fourchette de 100 à 200 millions d'euros, doit être mis en regard du faible niveau de pension des affiliés aux deux régimes de la Mutualité sociale agricole (MSA) et des primes plus élevées qui, comme en moyenne à tous les retraités, leur sont facturées.

Pour 2021, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) indique que les contrats individuels avaient une tarification variant avec l'âge dans 93 % des cas pour les mutuelles, 71 % pour les institutions de prévoyance et 100 % pour les assurances et que la même année la cotisation mensuelle moyenne était de 68 euros pour l'ensemble de la population étudiée, contre 104 euros pour les clients de plus de 65 ans et 146 euros pour ceux de plus de 85 ans – sans précision en ce qui concerne les agriculteurs [(2)].

---

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

(2) Drees, Panorama sur la complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires et garanties*, 10 juillet 2024 (mise à jour le 15 avril 2025).*

Le rapporteur général a cependant exprimé son « *doute sur le fait que ces complémentaires – Agrica, Aésio, Groupama – répercutent la baisse de leur fiscalité en une baisse de leurs tarifs* » (1).

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu les amendements identiques n° 180 et n° 1320 dont résulte cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

La commission des affaires sociales du Sénat a estimé que « *la rédaction retenue manque de précision : l'inclusion des pensionnés de droit dérivé n'est, à cet égard, pas certaine* » (2).

Le Sénat a adopté, suivant l'avis du Gouvernement, les deux amendements de suppression de l'article 7 *ter* n° 599 de la rapporteure générale et n° 1054 de Mme Raymonde Poncet Monge et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, l'exposé sommaire du premier rappelant que « *les organismes complémentaires d'assurance maladie ser*[aie]*nt libres de répercuter ou non cet allégement de la fiscalité sur les cotisations à verser* » et faisant part d'un « *doute* [sur le fait] *qu'il soit juste qu'un assuré, qui n'a cotisé que trois ou quatre années au régime agricole, se voie ouvrir à ce titre une fiscalité avantageuse pour sa complémentaire santé une fois à la retraite* ».

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 7 *ter* effectuée par le Sénat.

*

* *

(1) Assemblée nationale, compte rendu de la première séance publique du 6 novembre 2025.

(2) Fascicule n° 1 du tome II du rapport n° 131 (2025-2026) de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, enregistré à la présidence du Sénat le 15 novembre 2025 (pp. 101-106).

Article 7 quater *(nouveau)*
Extension au régime agricole de la mutualisation des coûts associés aux maladies professionnelles afin d'améliorer le taux d'emploi des travailleurs handicapés

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Les dispositions du présent article ont été introduites par les sénateurs en séance publique. Elles font suite à l'adoption des amendements identiques :

– n° 780 rect. *ter*, de Mme Annie Le Houerou et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste Écologiste et Républicain ;

– n° 1361 rect. *quater* de Mme Monique Lubin (groupe Socialiste Écologiste et Républicain) ;

– n° 390 rect. *ter* de M. Franck Menonville et plusieurs de ses collègues des groupes Union centriste, Les Républicains et Les Indépendants - République et Territoires.

Le Gouvernement a émis, sans réserve, un avis favorable à l'adoption de ces trois amendements qui ont, par ailleurs, donné lieu à des concertations avec la caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

En l'état du droit, la déclaration des maladies professionnelles donne lieu à une présomption de responsabilité du dernier employeur, y compris lorsque l'affection a été influencée dans son développement par une exposition antérieure. Si cette présomption peut être contestée, il demeure que c'est bien au dernier employeur que le surcoût, en modulation de cotisations, vient à s'appliquer. Cette situation n'est pas sans incidence sur l'employabilité des publics qui présentent une vulnérabilité particulière au développement des maladies professionnelles, à l'instar des plus âgés. En effet, pour préserver leurs statistiques de sinistralité et leurs niveaux de cotisations, les entreprises peuvent utiliser des stratégies d'embauche défavorables aux publics à risque, à l'instar des travailleurs expérimentés ou en situation du handicap.

La loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, tirant à son article 5 les conséquences des effets adverses de cette situation, a instauré un principe de mutualisation du coût des maladies professionnelles dites « à effet différé ». Les critères d'inscription au « compte spécial » ont été élargis afin de diminuer le nombre de situations où un unique

employeur doit supporter les conséquences d'une déclaration de maladie professionnelle [(1)].

Dans un mouvement complémentaire, l'article 20 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 a inclus dans la liste des objectifs permettant la mutualisation des cotisations sociales celui de l'insertion des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. En substance, l'article 7 *quater* étend au régime agricole cette disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

2. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général accueille favorablement cette disposition destinée à améliorer l'employabilité des travailleurs handicapés par l'alignement du droit applicable au régime agricole sur le régime général. Il rappelle, à cet égard, le rôle primordial des instruments de financement de la protection sociale sur le taux d'emploi et invite, par conséquent, l'Assemblée nationale à adopter cet article dans la rédaction issue du Sénat.

*
* *

Article 8
Réduction des niches sociales applicables à certains compléments salariaux

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Dans sa rédaction initiale, cet article réformait le régime dérogatoire applicable à 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 soumettait 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

(1) Arrêté du 27 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 16 octobre 1995 pris pour l'application des articles D. 242-6-5 et D. 242-6-7 du code de la sécurité sociale relatif à la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles (article 1er).

entreprise, sans toutefois assujettir ces compléments de rémunération à la CSG et à la CRDS [1]. Par ailleurs, il augmentait le taux de la contribution patronale applicable aux indemnités de rupture conventionnelle et de mise à la retraite [2], en le portant de 30 % à 40 %, tout en intégrant ce prélèvement spécifique au forfait social, dont le régime juridique était du même coup remanié.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2 de la Constitution, le Gouvernement a transmis cet article modifié par un amendement (n° 183) de rédaction globale, déposé par M. Jérôme Guedj et les membres du groupe Socialistes et apparentés, qui a recueilli un avis favorable du rapporteur général de la commission des affaires sociales, le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse de l'Assemblée.

S'inspirant d'un compromis esquissé durant l'examen du projet de loi par la commission des affaires sociales [3], cet amendement a supprimé les dispositions élargissant l'assiette du forfait social à certains compléments salariaux. En outre, au lieu de soumettre les indemnités de rupture conventionnelle et de mise à la retraite à cette contribution au taux de 40 %, il a relevé à ce niveau le taux du prélèvement spécifique applicable à ces indemnités.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

● Après que la commission a sollicité l'avis du Gouvernement, qui s'y est déclaré défavorable, le Sénat a adopté un amendement (n° 245 rect. *bis*) de M. Jean-Jacques Michau et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain prévoyant un nouveau cas de déblocage des avoirs issus de la participation ou de l'intéressement pour financer le rachat d'une participation, d'actions ou de valeurs mobilières d'une entreprise par ses salariés (nouveau **I A**), et soumettant au forfait social au taux réduit de 8 % les « droits au titre de la participation aux résultats de l'entreprise débloqués » dans ces conditions (nouveau ***b*** du **3°** du **I**).

Plus précisément, le nouveau paragraphe **I A** introduit aux articles L. 23-10-1 et L. 23-10-7 du code de commerce – relatifs à la présentation d'une offre d'achat par les salariés d'entreprises comptant respectivement moins de cinquante salariés et plus de cinquante salariés en cas de vente de parts sociales donnant accès à la majorité du capital de ces sociétés – un nouvel alinéa prévoyant que « *les droits au titre de la participation aux résultats de l'entreprise affectés à des comptes ouverts au nom des intéressés en application d'un plan d'épargne salariale ou à un compte courant*

---

(1) La notion de forfait social désigne la contribution à la charge de l'employeur prévue par les articles L. 137-15 à L. 137-17 du code de la sécurité sociale.

(2) Cette contribution spécifique est prévue par l'article L. 131-13 du code de la sécurité sociale.

(3) Cf. *le compte rendu de la réunion de l'après-midi du lundi 27 octobre 2025* in *rapport n° 2057 (XVII^e^ législature) fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, par M. Thibault Bazin, M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, tome III, pp. 155-168.*

[bloqué] *et les sommes attribuées au titre de l'intéressement affectées à un plan d'épargne* [d'entreprise]*, à l'exclusion des droits et sommes affectés à des fonds investis dans des entreprises solidaires* [...] » peuvent faire l'objet d'un déblocage anticipé à la *« demande du salarié pour financer un projet de rachat total ou partiel d'une participation ou d'actions ou de valeurs mobilières* » de l'entreprise qui l'emploie.

Le ***b*** du **3°** du **I** complète l'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale – qui définit le taux applicable à chacune des assiettes du forfait social – dispose que « *le taux de 8 % s'applique* [...] *aux droits au titre de la participation aux résultats de l'entreprise débloqués* » dans les conditions ainsi définies « *pour financer un projet de rachat total ou partiel d'une participation, d'actions ou de valeurs mobilières par les salariés* », sans préjudice des exonérations de forfait social en vigueur.

D'après son exposé sommaire, cet amendement visait à étendre à l'ensemble des entreprises le bénéfice de dispositions propres aux sociétés coopératives de production (Scop, *cf. infra*) [(1)].

● En principe, les droits ou sommes issus de la participation ou de l'intéressement affectés à un plan d'épargne salariale ne sont exigibles par leurs bénéficiaires qu'à l'expiration d'un délai de cinq ans, sauf dans des circonstances particulières tenant à la situation personnelle ou professionnelle du salarié, ou pour certains usages [(2)]. En particulier, cette liquidation anticipée est possible en cas de reprise d'une entreprise industrielle, commerciale, artisanale ou agricole, soit à titre individuel, soit sous la forme d'une société, à condition que le salarié concerné en exerce le contrôle, ou encore pour acquérir des parts sociales d'une société coopérative de production [(3)].

Par ailleurs, les versements de l'employeur à la réserve spéciale de participation sont en principe soumis au forfait social au taux de 20 % [(4)], sauf dans les entreprises de moins de cinquante salariés, qui ne sont pas redevables de cette

---

(1) « L'amendement *[ouvre]* la possibilité, à titre encadré et sous condition, de débloquer les sommes issues de la participation et de l'intéressement, normalement bloquées plusieurs années, pour les mobiliser immédiatement dans le cadre d'un projet de reprise d'entreprise [...] *».* Il proposait aussi, *« afin d'encourager ces projets vertueux de transmission et de relocalisation »,* de réduire *« le taux du forfait social applicable à ces sommes* [...] *à 8 %, en cohérence avec le régime social déjà en vigueur pour les* [sociétés coopératives de production] *» (exposé sommaire de l'amendement 245 rect.* bis*).*

(2) Article L. 3324-10 du code du travail et article L. 3332-25 du même code. De manière analogue, les droits affectés à un compte courant lorsqu'un accord de participation n'a pu être conclu dans un délai d'un an à compter de leur constitution sont affectés à un compte courant de l'entreprise et bloquées pour huit ans. Les cas de déblocage anticipés sont semblables à ceux applicables aux sommes déposées dans un plan d'épargne.

(3) 7° de l'article R. 3324-22 du code du travail.

(4) Ces versements sont exclus de l'assiette des cotisations sociales, quoique soumis à la CSG et à la CRDS. En outre, ces sommes sont déductibles de l'assiette de l'impôt sur le revenu exigible au titre de l'exercice au cours duquel elles sont réparties entre les salariés. Les revenus provenant des sommes attribuées au titre de la participation et recevant la même affectation qu'elles, sont exonérés dans les mêmes conditions.

contribution sur ces sommes [1]. Toutefois, conformément au deuxième alinéa de l'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale, un taux réduit de 8 % s'applique aux sommes affectées en parts sociales ou en comptes courants bloqués au sein des sociétés coopératives de production [2]. Ce taux correspond à l'ancien taux de droit commun du forfait social applicable jusqu'en 2012, année durant laquelle une loi de finances rectificative a fixé celui-ci à 20 % tout en prévoyant plusieurs dérogations, dont l'une a consisté à maintenir inchangé le taux applicable aux Scop [3].

● Sous sa forme actuelle, la réduction du taux du forfait social adoptée par le Sénat ne semble pas correspondre à l'objectif poursuivi. En effet, cette contribution est due par l'employeur sur les versements qu'il effectue au titre de la participation et non sur les sommes issues du déblocage de l'épargne salariale ainsi constituée, de sorte que les « *droits au titre de la participation aux résultats de l'entreprise débloqués* » pour financer l'acquisition d'une part du capital de l'entreprise, auxquels s'appliquerait cette réduction de taux, ne font en réalité pas partie de l'assiette du forfait social.

En outre, l'on peut s'interroger sur la pertinence d'étendre à l'ensemble des entreprises un taux réduit justifié par la situation économique particulière des Scop. On peut relever que, lors des travaux préparatoires de la loi dite « Pacte » [4], dont l'article 155 a modifié le régime social applicable à l'épargne salariale dans le but d'en favoriser le développement, le maintien d'un régime dérogatoire favorable à ces sociétés avait été explicitement motivé par « *l'équilibre financier souvent précaire* » de celles-ci [5], constat qui ne peut être transposé à l'ensemble des entreprises.

● Par ailleurs, à propos du nouveau cas de déblocage anticipé de droits issus de la participation et de l'intéressement dorénavant prévu par l'article 8, il convient de relever que l'article L. 3332-16 du code du travail prévoit déjà la possibilité d'affecter les sommes versées sur un plan d'épargne d'entreprise à un fonds – qualifié de « fonds commun de placement d'entreprise spécifique », et également appelé « FCPE de reprise » –, consacré au rachat des titres de cette entreprise ou d'entreprises du même groupe dans le cadre d'opérations de rachat réservées aux salariés. Les organisations signataires de l'accord national

---

(1) En application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale.

(2) Définies par la loi n° 78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives de production, celles-ci sont des coopératives constituées sous forme de société à responsabilité limitée (SARL), de société anonyme ou de société par actions simplifiée (SAS) et majoritairement détenues par leurs salariés.

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

(4) Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et à la transformation des entreprises.

(5) Suivant l'expression employée dans le rapport de la commission spéciale de l'Assemblée nationale chargée d'examiner ce projet de loi en nouvelle lecture. Ayant formulé ce constat après que le Sénat avait soumis au forfait social au taux de 10 % la plupart des assiettes faisant l'objet de taux réduits – ce qui se traduisait selon les cas par une hausse ou par une baisse du taux applicable –, la commission spéciale de l'Assemblée nationale avait rétabli le taux réduit de 8 % applicable à l'abondement de la réserve spéciale de participation des Scop. Cf. *rapport n° 1761 (XV^e^ législature) fait au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la croissance et à la transformation des entreprises, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 7 mars 2019, tome I, p. 245.*

interprofessionnel du 10 février 2023 relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise avaient d'ailleurs demandé « *à l'administration de préciser le mode de fonctionnement* » de cet instrument pour favoriser le recours à celui-ci [1].

3. La position du rapporteur général

Au vu des limites que présente le nouveau dispositif introduit à cet article lors de l'examen du projet de loi par le Sénat, le rapporteur général propose de rétablir la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale. Au demeurant, s'il estime que la mobilisation de l'épargne salariale en faveur de l'acquisition par les salariés d'une partie du capital de leur entreprise pourrait être encouragée, une telle mesure ne relève pas véritablement du domaine des lois de financement de la sécurité sociale.

*
* *

Article 8 bis *A (nouveau)*
Plafonnement de certaines exemptions d'assiette de cotisations sociales pour les salariés dont la rémunération excède trois fois le salaire minimum

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat en première lecture.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article est issu de l'amendement n° 1678 de Mme Annie Le Houerou et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, adopté contre l'avis du Gouvernement, la rapporteure générale de la commission des affaires sociales ayant indiqué qu'elle le soutenait à titre personnel tout en appelant à ce qu'il soit modifié au cours de la navette [2].

Cette disposition vise en premier lieu, dans le cas des salariés dont la rémunération excède trois fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic) [3], à réintégrer à l'assiette des cotisations sociales, définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, la part des sommes versées au titre

(1) Article 25 de l'accord national professionnel précité. La demande de clarification formulée par les partenaires sociaux dans cet article tenait à ce que « la notion d'"opération de rachat" n'étant pas définie, elle peut laisser penser qu'elle ne s'applique qu'à une "reprise" par les salariés en cas de procédure de redressement ou de liquidation judiciaire, ce qui n'est pas le cas *».*

(2) « Concernant l'amendement n° 1678, je ne suis pas totalement convaincue par vos propos, monsieur le ministre. À titre personnel, je le soutiens, car il ne manque pas d'intérêt dans le cadre de la navette. Aussi, je vous invite à le voter, même si le plafond d'exemption de cotisations ou le seuil de déclenchement devront sans doute être négociés *» (compte rendu de la séance du 20 novembre 2025).*

(3) Soit environ 5 400 euros brut mensuels en 2025.

de différents dispositifs de partage de la valeur qui dépasse 6 000 euros au cours d'une année civile (**I**). Ce seuil s'appliquerait :

– aux sommes allouées au titre de l'intéressement ;

– aux sommes réparties au titre de la réserve spéciale de participation ;

– aux sommes versées par l'employeur à un plan d'épargne d'entreprise ou à un plan d'épargne retraite d'entreprise collectif.

Dans le même esprit, l'article propose, également pour les seuls salariés dont la rémunération est supérieure à 3 Smic, de ne pas appliquer l'exonération de cotisations sociales et de forfait social à la fraction des primes versées dans le cadre d'un plan de partage de la valorisation de l'entreprise qui excède 6 000 euros (**II**).

En l'état du droit, ces instruments de partage de la valeur sont soumis à la contribution sociale généralisée (CSG), à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et au forfait social dans des conditions qui, s'agissant de cette dernière contribution, varient en fonction de la taille de l'entreprise ou de l'emploi des sommes qui en procèdent.

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, PEI, 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 projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, p. 37.

● D'après l'exposé sommaire de l'amendement dont cet article est issu, celui-ci vise à mettre en œuvre une préconisation formulée par la Cour des comptes

dans le chapitre du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss) de 2024 relatif aux règles dérogatoires d'assujettissement aux cotisations et aux contributions sociales applicables à certains accessoires du salaire. Ce rapport préconisait notamment, dans le but de « *limiter les effets de cumul des exemptions de cotisations sociales et de substitution sur le long terme aux salaires de base*, [d']*abaisser les plafonds d'exemption des compléments de salaire de partage de la valeur en entreprise en les alignant sur ceux de la prime de partage de la valeur* » [(1)], qui est exonérée de cotisations sociales dans la limite de 3 000 euros par bénéficiaire et par année civile. Ce plafond est porté à 6 000 euros pour les employeurs qui mettent en œuvre un dispositif d'intéressement ou, dans les entreprises où sa mise en place n'est pas obligatoire, un accord de participation [(2)]. Par comparaison, les régimes propres aux autres dispositifs de partage de la valeur ne prévoient pas de seuil à partir duquel les sommes qui en sont issues seraient soumises aux cotisations et aux contributions sociales dans les conditions de droit commun. Certains dispositifs prévoient toutefois un plafond de versement, à l'instar de la participation et de l'intéressement, le montant des droits alloués et des sommes versées à un salarié ne pouvant excéder au cours d'une année 75 % du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass), soit environ 35 300 euros en 2025.

● D'après la rapporteure générale de la commission des affaires sociales du Sénat, la mesure proposée par cet article entraînerait en 2026 des recettes supplémentaires de 400 millions d'euros pour les régimes obligatoires de base et de 700 millions d'euros pour l'ensemble des administrations publiques [(3)].

2. La position du rapporteur général

● La disposition introduite par le Sénat s'inscrit dans le cadre de la réflexion engagée, à la faveur de rapports récents [(4)] qui ont trouvé un écho lors de l'examen des deux derniers projets de loi de financement de la sécurité sociale [(5)], sur le régime social et fiscal de certains éléments de rémunération exclus de l'assiette des cotisations. La commission des affaires sociales s'est saisie de cette question en demandant au Conseil des prélèvements obligatoires (CPO) d'évaluer la pertinence

---

(1) Cour des comptes, « Les niches sociales des compléments de salaire : un nécessaire rapprochement du droit commun », Ralfss, mai 2024, p. 14.

(2) 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. L'obligation de mettre en place un accord de participation concerne les entreprises de plus de cinquante salariés.

(3) Compte rendu de la séance publique du 22 novembre 2025.

(4) Outre le Ralfss précité, on peut rappeler que le rapport « Bozio-Wasmer » préconisait de rapprocher l'assiette des cotisations sociales de celle de la CSG. Cf. Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire, *octobre 2024.*

(5) L'article 19 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, introduit par un amendement adopté au Sénat, a augmenté le taux de la contribution patronale spécifique applicable aux attributions gratuites d'actions, qui ne sont pas prises en compte dans l'assiette des cotisations sociales. Par ailleurs, dans sa rédaction initiale, l'article 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 soumettait au forfait social au taux réduit de 8 % certaines aides directes des employeurs ou des comités sociaux et économiques dont la plupart est exemptée de tout prélèvement social.

et les modalités d'un éventuel rapprochement des assiettes respectives des cotisations sociales et de la contribution sociale généralisée (CSG) [(1)].

Parmi les pistes envisagées par le CPO figurait notamment l'instauration d'un plafonnement des dispositifs dérogatoires passant par la définition :

– soit d'un point de sortie correspondant à un montant du complément de salaire, exprimé en pourcentage d'un multiple de référence, telle qu'une fraction du plafond de la sécurité sociale, ou d'un montant fixe en euros, comme c'est le cas s'agissant de la prime de partage de la valeur ;

– soit d'un point de sortie défini en fonction du niveau de rémunération du bénéficiaire. Suivant cette logique, « *au-delà d'un montant de salaire, l'exemption ne s'applique pas ou, pour éviter les effets de seuil, décroît jusqu'à un point de sortie sur le modèle des allègements généraux* » [(2)]. Le CPO souligne qu'un tel plafonnement pourrait s'appliquer au niveau individuel, sur le modèle de certaines niches fiscales, ou au niveau de l'entreprise, ce qui pourrait limiter les disparités entre les avantages perçus par les salariés.

L'article 8 *bis* A combine ces deux logiques, qu'il met en œuvre de façon cumulative.

● Le rapporteur général, qui est favorable au développement des dispositifs de partage de la valeur au sein de l'entreprise, n'est pas opposé par principe à ce qu'une réflexion soit menée concernant le régime social et fiscal ainsi que les modalités de mise en œuvre de ces instruments, dans le but d'en accroître la lisibilité pour les entreprises et leurs salariés ou de corriger d'éventuels effets d'aubaine. C'est dans cet esprit qu'il prend acte des recommandations formulées par le CPO dans son avis, dont la portée dépasse au demeurant le cas des compléments de salaire concernés par cet article.

Par ailleurs, il convient de rappeler que, comme le souligne le CPO, plusieurs évaluations portant sur certaines catégories de compléments de salaire ont été conduites ou engagées au cours de l'année écoulée, dont des missions relatives au régime social du financement patronal de la protection sociale complémentaire, au régime des avantages accordés par les comités sociaux et économiques et à celui des indemnités de rupture du contrat de travail. Le rapporteur général estime qu'il serait opportun de disposer d'une vision d'ensemble de ces dispositifs avant d'en engager la réforme ou d'en restreindre le champ d'application.

Plus spécifiquement, s'agissant des dispositions de l'article, le rapporteur général note que le CPO a souligné que la mise en œuvre du plafonnement proposé, « *qui n'existe pas en l'état* [nécessiterait] *des investigations complémentaires car il*

---

(1) Conseil des prélèvements obligatoires, Faut-il rapprocher les assiettes de la contribution sociale généralisée et des cotisations sociales ?*, Les avis du CPO, n° 1, octobre 2025.*

(2) Ibid.*, p. 11.*

pourrait accroître la complexité des obligations reposant sur les entreprises » [(1)]. En particulier, sous sa forme actuelle, ce plafonnement présenterait l'inconvénient d'introduire un effet de seuil au niveau de la rémunération à compter de laquelle les sommes concernées seraient intégrées à l'assiette des cotisations. Il pourrait limiter la capacité des entreprises à recourir au profit de leurs salariés les plus qualifiés aux différents instruments d'épargne salariale. En outre, en l'absence d'approche globale des compléments de salaire, toute réduction de l'avantage comparatif de l'un d'entre eux pourrait favoriser le report vers d'autres modes de rémunération alternatifs au salaire de base, sans gain pérenne pour les finances sociales.

● Compte tenu de l'ensemble de ces éléments et de la difficulté de faire aboutir une réforme du régime social des dispositifs de partage de la valeur dans le temps imparti à l'examen du projet de loi, le rapporteur général propose de supprimer cet article.

*

* *

Article 8 bis

Expérimentation de la possibilité pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole d'opter pour que leurs cotisations soient calculées sur la base d'une estimation de leurs revenus professionnels de l'année en cours

Origine de l'article : amendement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu d'un amendement (n° 2290) du rapporteur général, à propos duquel le Gouvernement s'en est remis à la sagesse de l'Assemblée nationale, qui vise à introduire à titre expérimental un nouveau mode de calcul des cotisations des non-salariés agricoles.

En l'état du droit, les cotisations sociales dues par les chefs d'exploitation et d'entreprise agricole sont en principe calculées sur la moyenne de leurs revenus professionnels des trois années antérieures à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues [(2)]. Le recours à une assiette triennale permet de lisser les revenus pris en compte dans ce calcul afin d'éviter que le montant des cotisations varie trop fortement d'une année à l'autre. Les non-salariés agricoles peuvent également opter

(1) Ibid.

(2) I de l'article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime.

pour que leurs cotisations soient calculées sur leurs revenus professionnels se rapportant à l'année précédant celle au titre de laquelle ces cotisations sont dues [(1)].

Le **I** de l'article 8 *bis* prévoit que, jusqu'au 31 décembre 2028, à titre expérimental, les chefs d'exploitation et d'entreprise agricole puissent opter pour que leurs cotisations soient calculées sur la base d'une estimation de leurs revenus professionnels de l'année en cours, sous réserve d'une régularisation ultérieure fondée sur les revenus professionnels définitifs.

Son **II** renvoie à un décret la définition des conditions de mise en œuvre de cette expérimentation.

Son **III** prévoit que l'article entre en vigueur – et donc que l'expérimentation débute – le 1er octobre 2026. Cette date a d'abord été choisie pour laisser au Gouvernement et à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (MSA) le temps nécessaire pour mener les travaux préalables à cette expérimentation, qui débutera au cours d'une année durant laquelle entreront en application à la fois la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants agricoles et celle du calcul de leurs droits à pension. En outre, prévoir une entrée en vigueur au cours de l'année 2026 permet de satisfaire à la règle définie par le *c* du 1° de l'article L.O. 111-3-7 du code de la sécurité sociale, qui exclut que des dispositions ne présentant pas un caractère permanent puissent figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale de l'année, dès lors que ces dispositions ne sont applicables qu'aux années ultérieures.

Il convient de rappeler que l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, inséré lors de l'examen en première lecture par le Sénat, prévoyait la possibilité pour le Gouvernement de mettre en œuvre une expérimentation présentant un objet analogue [(2)]. Toutefois, cet article a conféré une simple faculté au Gouvernement et non l'obligation de mener cette expérimentation. Il prévoyait au demeurant que le décret définissant les conditions de celle-ci soit pris au plus tard le 1er octobre 2025. En outre, il limitait cette expérimentation à trois régions alors que, d'après les informations communiquées au rapporteur général par la caisse centrale de MSA, il serait plus aisé, d'un point de vue technique, de la conduire à l'échelle nationale.

● Le Gouvernement a conservé cet article dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2 de la Constitution.

---

(1) II de l'article L. 731-15 précité.

(2) L'article 21 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025, issu d'un amendement de MM. Henri Cabanel et Laurent Duplomb, prévoit la possibilité pour l'État de permettre « aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole d'opter pour que leurs cotisations soient calculées à titre provisionnel sur la base d'une assiette fixée forfaitairement *».*

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Suivant l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement (n° 600) de la commission pour prévoir la remise d'un rapport d'évaluation de cette expérimentation appréciant la pertinence de sa généralisation et pour abroger par coordination l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 précité, rendu caduc par l'article 8 *bis*.

Suivant l'avis de la commission et du Gouvernement, le Sénat a auparavant adopté un sous-amendement (n° 1805 rect. *ter*) déposé par M. Henri Cabanel et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen) ainsi que M. Laurent Duplomb (groupe Les Républicains) modifiant la date de la remise du rapport d'évaluation susmentionné – qui devrait intervenir au plus tard le 31 décembre 2027 et non six mois avant le terme de l'expérimentation comme le proposait l'amendement de la commission – et précisant que celui-ci devrait évaluer la pertinence de généraliser la mesure dès le lendemain de l'expiration du cadre expérimental.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue des travaux du Sénat, qui lui semble avoir utilement complété les dispositions introduites par l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 8 ter
Ajustement et pérennisation du régime social de certains instruments de fidélisation des salariés et dirigeants d'entreprise par leur association au capital

Origine de l'article : amendement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

Cet article est issu de l'amendement n° 2289 de M. Paul Midy (groupe Ensemble pour la République), ayant reçu un avis favorable du rapporteur général de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

a. Le droit existant

● Afin d'aligner les intérêts de ses dirigeants et salariés sur ceux de ses actionnaires, une société peut mettre en place des dispositifs spécifiques d'acquisition d'actions à son capital, qualifiés de « *management packages* ».

Pour constituer ces derniers, certaines entreprises recourent notamment à des instruments qui ne sont pas uniquement réservés aux salariés et dont le régime d'imposition n'est pas encadré par la loi (1), tels que les bons autonomes de souscription d'actions (BSA) ou les contrats d'option d'achat d'actions (2).

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi de finances pour 2025, en application de trois décisions du Conseil d'État rendues le 13 juillet 2021 (3) :

– l'acquisition ou la souscription de ces instruments à un tarif préférentiel étaient requalifiées par l'administration fiscale comme un avantage assimilé aux traitements et salaires soumis à l'impôt sur le revenu et aux cotisations sociales, dès lors que cet avantage trouvait « *essentiellement sa source dans l'exercice par l'intéressé de ses fonctions de dirigeant ou de salarié* » (4) ;

– suivant un raisonnement analogue, alors que les gains issus de la cession de ces instruments sont en principe imposables comme des plus-values de cession de valeurs mobilières, ils étaient également imposés dans la catégorie des traitements et salaires et soumis aux cotisations sociales lorsque, compte tenu des conditions de cette cession, ces gains constituaient la contrepartie des fonctions de salarié ou de dirigeant. Le Conseil d'État a également jugé que, lorsque l'action était cédée dans des délais tels que sa valeur réelle n'avait pas évolué depuis la levée de l'option, l'administration était fondée à imposer l'intégralité de l'écart entre le prix de cession et le prix d'achat majoré du montant acquitté pour acquérir cette option ainsi que de

---

(1) Dans un certain nombre de cas, la loi a défini le régime social et fiscal applicable aux gains et avantages résultant de la détention par un salarié ou un dirigeant d'instruments émis par son entreprise. Il en va notamment ainsi des attributions gratuites d'actions (Aga) ou des stock-options.

(2) Défini par l'article L. 228-91 du code de commerce, un BSA est une valeur mobilière qui donne le droit à son bénéficiaire d'acheter une ou plusieurs actions d'une société à un prix fixé à l'avance. Un contrat d'option d'achat, dénommé « call *» dans la terminologie anglo-saxonne, confère à son acquéreur le droit d'acheter un nombre déterminé d'instruments financiers sous-jacents à un prix fixé au préalable, dit prix d'exercice.*

(3) Conseil d'État, 3ème, 8ème, 9ème et 10ème chambres réunies, 13 juillet 2021, décisions n° 428506, Ministre de l'action et des comptes public c/ M. Q... *; n° 435452,* M. S... *; et n° 437498,* M. R...*, publiées au recueil.*

(4) Cf. *notamment le point 3 de la décision n° 428506 précitée : «* la circonstance que des options d'achat d'actions ou des bons de souscription d'actions ont été acquis ou souscrits à un prix préférentiel au regard de leur valeur réelle à la date de cette acquisition ou souscription est de nature à révéler l'existence d'un avantage à concurrence de la différence entre le prix ainsi acquitté et cette valeur. Un tel avantage, lorsqu'il trouve essentiellement sa source dans l'exercice par l'intéressé de ses fonctions de dirigeant ou salarié, a le caractère d'un avantage accordé en sus du salaire, imposable au titre de l'année d'acquisition ou de souscription des options ou des bons dans la catégorie des traitements et salaires *[...].* Le caractère préférentiel de ce prix est en revanche sans incidence sur la nature des gains réalisés ultérieurement par le contribuable lors de l'exercice de ces options ou bons, lors de la cession des titres ainsi acquis ou lors de la cession des bons ».

l'avantage ayant été éventuellement imposé dans la catégorie des traitements et salaires (1).

● Depuis, l'article 93 de la loi de finances pour 2025, introduit par voie d'amendement (2), a défini deux régimes distincts applicables aux gains réalisés sur les titres souscrits ou acquis par des salariés ou des dirigeants ou attribués à ceux-ci en contrepartie de leurs fonctions dans la société émettrice :

– la fraction de ces gains inférieure au triple de la performance financière de l'entreprise durant la période de détention du titre (3) est assujettie au prélèvement forfaitaire unique – au taux de 30 % – dans les mêmes conditions que les plus-values de cession de valeurs mobilières (4) et soumise à un prélèvement social spécifique au taux de 10 % à la charge du bénéficiaire, dont le produit est affecté à la branche famille (5). ;

– au-delà du seuil de performance financière précité, ces gains sont imposés suivant les règles de droit commun des traitements et salaires (6). Il en est de même lorsque la durée de détention des titres est inférieure à deux ans ou en l'absence de risque de perte de la valeur d'acquisition ou de souscription de ceux-ci (7).

Par ailleurs, les mêmes gains sont exclus de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité et de celle des cotisations sociales (8). Conformément au bornage des dispositifs sociaux dérogatoires prévu par le cadre organique des lois de

---

(1) Cf. *notamment le point 4 de la même décision : «* lorsqu'un contribuable lève une option d'achat d'actions qui lui a été consentie en dehors des prévisions des articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce, la différence entre la valeur réelle de ces actions à la date de levée de cette option et leur prix d'achat majoré, le cas échéant, du montant acquitté pour acquérir cette option ainsi que de l'avantage ayant été éventuellement imposé en application du point 3 *[précité*], constitue un gain, réalisé par lui dès la levée de cette option qui, lorsqu'il trouve essentiellement sa source dans l'exercice par l'intéressé de fonctions de dirigeant ou de salarié, est un avantage en argent *[...]* imposable dans la catégorie des traitements et salaires *[...].* Il en va de même en cas d'exercice d'un bon de souscription d'action *».*

(2) Article 93 de la loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025, résultant de l'amendement I-1877 rectifié ter *de Mme Vanina Paoli-Gagin, sénatrice, et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants - République et Territoires, adopté suivant l'avis de la commission des finances et du Gouvernement. La commission mixte paritaire a apporté divers ajustements à la rédaction issue des travaux du Sénat.*

(3) Ce régime s'applique « dans la limite d'un montant déterminé par application au prix payé pour la souscription ou l'acquisition *[des]* titres d'un multiple de la performance financière de la société émettrice sur la période de détention *[...]*, diminué dudit prix de souscription ou d'acquisition *» (premier alinéa du 2* quater *du II de l'article 150-0 A du code général des impôts). Ce multiple de la performance est égal à trois fois le ratio entre la valeur réelle de la société émettrice à la date de cession des titres et la valeur réelle de cette société à la date d'acquisition ou de souscription desdits titres ou, s'agissant des actions gratuites, de leur attribution. À titre illustratif, si l'entreprise a vu croître sa valeur de 50 % durant la période de détention du titre, le gain de cession est assimilable à une plus-value dans la limite d'une appréciation de 150 % de la valeur de ce titre.*

(4) En particulier, le e *du I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale assujettit ce gain à la CSG sur les revenus du patrimoine.*

(5) Article L. 137-42 du code de la sécurité sociale.

(6) Deuxième alinéa du I de l'article 163 bis *H du code général des impôts.*

(7) Cf. *les deux dernières phrases du premier alinéa du II de l'article 163* bis *H du code général des impôts.*

(8) En application respectivement du a bis *du 3° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale et 8° du II de l'article L. 242-1 du même code.*

financement de la sécurité sociale, l'application du régime social propre aux *management packages* – constitué de l'exemption d'assiette et de la contribution spécifique précitées – est actuellement limitée à la période courant jusqu'au 31 décembre 2027.

b. Le dispositif proposé

● L'article 8 *ter* précise la définition du champ d'application du régime social des *management packages* en le mettant en cohérence avec l'assiette de leur régime fiscal.

En l'état du droit, l'exemption d'assiette et la contribution précitées portent sur « *le gain net réalisé sur des titres souscrits ou acquis par des salariés ou des dirigeants ou attribués à ceux-ci qui est acquis en contrepartie des fonctions de salarié ou de dirigeant dans la société émettrice de ces titres, dans toute société dans laquelle la société émettrice détient directement ou indirectement une quote-part du capital ou dans toute société qui détient directement ou indirectement une quote-part du capital de la société émettrice* » [(1)].

Le **1°** du **I** propose de soumettre à ce régime particulier « *le gain net mentionné au premier alinéa du II de l'article 163* bis *H du code général des impôts ainsi que la fraction de ce gain qui excède la limite* » précitée, laquelle correspond au triple de la performance financière de l'entreprise déterminée dans les conditions décrites plus haut. Outre qu'il lie expressément le régime social propre aux *management packages* aux dispositions fiscales applicables à ces instruments, le renvoi au code général des impôts permet de préciser certains éléments de l'assiette de ce régime, notamment quant à la condition de durée de détention des titres ou à celle tenant au risque de perte. Ainsi, aux termes du premier alinéa du II de l'article 163 *bis* H précité, « *s'agissant des* [attributions gratuites d'actions], *le prix payé est réputé être la valeur d'acquisition desdits titres. Les* [attributions gratuites d'actions et les options de souscription ou d'achat d'actions] *doivent présenter un risque de perte de leur valeur d'acquisition ou de souscription. Les* [autres titres] *doivent présenter un risque de perte du capital souscrit ou acquis et avoir été détenus pendant deux ans au moins* ».

Le **2°** du **I** tire les conséquences de ce changement de définition dans le dispositif de l'article L. 137-42 du code de la sécurité sociale, relatif à la contribution spécifique précitée, laquelle porterait sur « *la fraction du gain net mentionné au premier alinéa du II de l'article 163* bis *H du code général des impôts qui excède la limite déterminée dans les conditions définies au même premier alinéa* », et non plus sur « *les avantages mentionnés au a* bis *du 3° du III de l'article L. 136-1-1 qui sont imposés à l'impôt sur le revenu suivant les règles de droit commun des traitements et salaires* ».

---

(1) a bis *du 3° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie le premier alinéa de l'article L. 137-42 du même code.*

Par ailleurs, le **II** pérennise le régime social applicable à ces instruments de fidélisation, ce que seule une loi de financement de la sécurité sociale peut faire aux termes du 2° du I de l'article L.O. 111-3-16 du code de la sécurité sociale [(1)].

Le **III** précise que les ajustements du régime social des *management packages* s'applique aux dispositions, aux cessions, aux conventions ou aux mises en location réalisées à compter du 15 février 2025, soit la date à laquelle est entré en vigueur le nouveau régime social et fiscal applicable à ces instruments.

● Le Gouvernement a conservé cet article dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2 de la Constitution.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

● Outre un amendement de coordination (n° 1819) de la commission [(2)], le Sénat a d'abord adopté, contre l'avis du Gouvernement, deux amendements identiques n° 601 de la commission et n° 1056 de Mme Raymonde Poncet Monge et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, supprimant la pérennisation de ce régime dérogatoire.

La commission des affaires sociales a jugé que la pérennisation d'un régime social particulier moins d'un an après son entrée en application était contraire à l'esprit du cadre organique des lois de financement de la sécurité sociale, qui a limité à trois ans la durée des niches sociales notamment pour qu'il soit possible d'en évaluer la pertinence avant d'en prolonger la mise en œuvre [(3)].

● Par ailleurs, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, le Sénat a adopté deux amendements identiques n° 258 rect. de M. Michel Savin et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et n° 720 rect. *bis* de M. Claude Kern et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, excluant de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité, dans des conditions et limites prévues par décret, « *les avantages que représentent pour ses salariés la mise à disposition par*

---

(1) Introduit lors de la dernière réforme du cadre organique, cet article dispose que 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 et à leurs satellites qui sont soit non compensées à ces mêmes régimes ou organismes, soit établies pour une durée égale ou supérieures à trois ans lorsqu'elles ont un effet sur les recettes de la sécurité sociale ou sur l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement de ces cotisations et contributions.

(2) Cet amendement a supprimé le 8° du II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoyait expressément que les gains issus des management packages *sont exclus de l'assiette des cotisations sociales, alors même qu'une telle exemption était déjà prévue, dans le cas de la CSG sur les revenus d'activité, à l'article L. 136-1-1 du même code et que l'assiette des cotisations est identique à celle de la CSG moyennant l'exclusion de certains éléments soumis à celle-ci mais pas à celles-là.*

(3) « La commission ne s'oppose pas aux ajustements proposés. En revanche, elle considère que la pérennisation de cette niche sociale au bout de seulement une année, et sans qu'aucun élément d'évaluation soit transmis au Parlement, est contraire à l'esprit de l'article L.O. 111-3-16 précité. La pérennisation éventuelle de cette niche sociale pourra être réalisée dans la cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2027, au vu des éléments d'évaluation qui devront alors avoir été transmis par le Gouvernement *» (exposé sommaire de l'amendement n° 601).*

l'employeur de places pour assister à des événements sportifs à destination de l'ensemble de ses salariés » (nouveau **1°** ***bis*** du **I** de l'article 8 *ter*) [(1)].

3. La position du rapporteur général

● Moyennant la modification rédactionnelle bienvenue effectuée par le Sénat, le rapporteur général propose de rétablir la rédaction de cet article issue des travaux de l'Assemblée nationale.

S'il partage la préoccupation exprimée par la commission des affaires sociales du Sénat quant à l'importance d'évaluer les niches sociales, il lui semble que l'intérêt du bornage des dispositifs dérogatoires dans le temps doit être concilié avec l'exigence de sécurité juridique et de stabilité de la norme fiscale et sociale. Or, comme l'a rappelé le ministre du travail et des solidarités devant le Sénat [(2)], les opérations qui donnent lieu à l'attribution de *management packages* – lesquels sont notamment utilisés dans le cadre d'opérations d'achat à effet de levier – se déroulent au cours de plusieurs années, raison pour laquelle il paraît justifié de conférer aux entreprises concernées une visibilité suffisante quant au cadre juridique applicable.

● En outre, l'exclusion de l'assiette sociale de l'avantage résultant de la mise à disposition par l'employeur de places pour assister à des événements sportifs ne lui semble pas justifiée compte tenu des contraintes qui pèsent sur le financement de la sécurité sociale. Le rapporteur général estime injustifié d'établir un nouveau régime d'exemption au risque de constituer un précédent qui entraînerait ensuite l'exclusion d'autres avantages en nature de l'assiette des contributions et des cotisations sociales.

*

* *

(1) Le dépôt d'un tel amendement à cet article était rendu possible par la modification de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité effectuée par celui-ci.

(2) « L'objet de cet article est de clarifier la législation sociale, afin de ne pas fragiliser des opérations commerciales s'inscrivant sur plusieurs années, souvent cinq ou six ans. Au-delà de cet impératif de sécurité juridique, ce régime requiert une visibilité à plus long terme. J'entends les critiques formulées à l'encontre de cette pérennisation accélérée : il est vrai que la loi organique nous autorise à attendre 2028. Toutefois, le Gouvernement a souhaité offrir des perspectives stables à nos entreprises *» (Sénat, compte rendu intégral de la séance du 20 novembre 2025).*

Article 8 quater

Précision relative au champ des bénéfices intégrés à l'assiette sociale des travailleurs indépendants agricoles et exonération de contribution sociale généralisée des indemnités d'abattage affectées à la reconstitution du cheptel

Origine de l'article : amendement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de six amendements identiques n° 76 rect. de M. Julien Dive et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, n° 1106 rect. de Mmes Valérie Bazin-Malgras et Frédérique Meunier (groupe Droite Républicaine), n° 1318 rect. de M. Hervé Berville (groupe Ensemble pour la République), n° 1508 rect. de MM. Lionel Vuibert (Non inscrit) et Didier Le Gac (groupe Ensemble pour la République), n° 1926 rect. de M. David Taupiac et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires et n° 1961 rect. de M. Gérard Leseul et plusieurs de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés, sous-amendés par le rapporteur général, ayant reçu un avis favorable de ce dernier et du Gouvernement.

Cette disposition apporte une précision technique à la définition de l'assiette des contributions sociales dues par les non-salariés agricoles, laquelle a été réformée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et a fait l'objet d'ajustements supplémentaires dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 [(1)]. Celle-ci a notamment réintégré à l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) des travailleurs indépendants agricoles les bénéfices tirés d'activités commerciales (BIC) et non commerciales (BNC), définis respectivement aux articles 34 et 92 du code général des impôts. Toutefois, ces deux articles ne concernent pas spécifiquement les bénéfices résultant d'activités agricoles, alors même que seuls les revenus issus des activités commerciales et non commerciales considérés comme des travaux agricoles ou forestiers en application des articles L. 722-1 à L. 722-3 du code rural et de la pêche maritime sont en principe intégrés à l'assiette des contributions dues par les exploitants.

L'article 8 *quater* tend à remédier à cette malfaçon en intégrant uniquement à cette assiette les BIC et les BNC tirés d'activités dont l'exercice relève du champ du régime social agricole défini aux articles précités du code rural et de la pêche maritime.

---

(1) Cf. *respectivement l'article 18 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 et l'article 13 de la loi n° 2025-199 de financement de la sécurité sociale pour 2025.*

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2 de la Constitution, le Gouvernement a transmis cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

● Suivant l'avis de la commission et après que le Gouvernement s'en est remis à la sagesse du Sénat, celui-ci a adopté deux amendements identiques n° 17 rect. de Mme Sylvie Vermeillet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste et n° 223 rect. *ter* de M. Franck Menonville et plusieurs de ses collègues des groupes Union Centriste et Les Républicains.

Le nouvel alinéa (**2°** du **I)** inséré par ces amendements exclut de l'assiette des contributions sociales des non-salariés agricoles la fraction de l'indemnité perçue par les exploitants au titre de l'abattage des animaux d'un cheptel affecté à la reproduction excédant la valeur nette à l'actif de ces animaux à la date de leur abattage. D'après leur exposé sommaire, ils visaient à étendre aux contributions et aux cotisations sociales agricoles l'exonération d'impôt sur le revenu et d'impôt sur les sociétés portant sur les mêmes sommes instaurée par les C et D de l'article 10 du projet de loi de finances pour 2026.

● L'indemnité perçue par les exploitants dont tout ou partie du cheptel a été abattu sur l'ordre de l'administration en application de l'article L. 221–2 du code rural et de la pêche maritime est calculée sur la base de la valeur de remplacement des animaux, laquelle est constituée, d'une part, de la valeur marchande de ces derniers au jour de l'abattage, ou « valeur marchande objective » (VMO) [(1)] ; et, d'autre part, des frais de renouvellement du cheptel, tels que les frais de désinfection des bâtiments et des équipements d'élevage, les frais de transport et d'approche ainsi que les frais sanitaires – notamment de vaccination – engagés lors de l'intégration des nouveaux animaux.

Les indemnités perçues à la suite d'un sinistre sont comptabilisées dans les résultats de l'entreprise comme des produits exceptionnels et peuvent à ce titre donner lieu à la constatation de plus-values ou de profits sur stocks. Aussi, comme l'explique le rapporteur général de la commission des finances dans son commentaire de la disposition précitée du projet de loi de finances [(2)], « [lorsque] *les animaux abattus sont immobilisés et amortis dans les comptes de l'exploitation, l'abattage constitue une cession involontaire dont les indemnités peuvent constituer une plus-value dès lors que le montant des indemnités dépasse la valeur nette du cheptel abattu. La valeur nette est calculée à partir du prix d'acquisition du cheptel, auquel sont appliqués les amortissements en matière d'immobilisations* [...].

---

(1) Cf. *sur ce point l'instruction ministérielle DGAL/SDPRS/2025-469 du 17 juillet 2025, qui détaille le mode de calcul de cette indemnité.*

(2) Rapport n° 1996 (XVII^e législature) fait au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi de finances pour 2026 par M. Philippe Juvin, rapporteur général, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 octobre 2025, tome II, fascicule 1.

« [Lorsque] *les animaux abattus font partie du stock, ces mêmes indemnités peuvent entraîner un profit sur stock résultant de la différence entre le montant de l'indemnité et la valeur en stock des animaux abattus. Cette valeur en stock correspond en principe au prix de revient, c'est-à-dire au prix d'achat des animaux majoré des dépenses engagées pour les élever, sous réserve de dispositions particulières.*

« *Ces plus-values étant en principe imposables au titre de l'exercice de l'abattage, les exploitants peuvent être pénalisés lorsque les animaux abattus sont affectés à la reproduction du cheptel, puisque l'indemnité ne pourrait pas être entièrement consacrée à la reconstitution de ce cheptel* », une partie de ces sommes étant consacrées au paiement de l'impôt.

Si plusieurs dispositifs permettent aux exploitants agricoles d'atténuer l'incidence de la fiscalisation des plus-values et des profits sur stocks résultant de la perception de ces indemnités (1), ils bénéficient uniquement aux exploitations soumises à l'impôt sur le revenu et ne s'appliquent donc pas à celles assujetties à l'impôt sur les sociétés. De surcroît, ces dispositifs n'empêchent pas qu'une fraction des indemnités soit affectée au paiement de l'impôt (2).

C'est pourquoi l'article 10 du projet de loi de finances pour 2026 prévoit d'exonérer d'impôt sur le revenu (article 75-0 D du code général des impôts rétabli par le C de cet article dudit projet de loi) ou d'impôt sur les sociétés (nouvel article 208 *octies* du même code) la totalité des plus-values et des profits sur stocks constitués à raison de la perception d'indemnités versées à l'issue de l'abattage, pour motif sanitaire, d'animaux affectés à la reproduction du cheptel. Pour s'assurer que l'exonération soit limitée aux plus-values et aux profits sur stocks affectés à la reconstitution de la partie du cheptel affectée à cet usage, son bénéfice serait conditionné à l'emploi des indemnités à la reconstitution de ce cheptel dans un délai d'un an à compter de leur perception.

---

(1) L'article 75-0 A du code général des impôts permet aux exploitants d'opter pour que le montant du revenu exceptionnel soit réparti par fractions égales sur les résultats de l'exercice au cours duquel il est réalisé et des six exercices suivants. En outre, l'article 163-0 A du même code permet aux exploitants ayant réalisé un revenu exceptionnel dépassant la moyenne des revenus nets d'après lesquels ils ont été soumis à l'impôt sur le revenu au titre des trois dernières années, d'opter pour que l'impôt dû au titre de l'année de réalisation du revenu exceptionnel soit calculé en ajoutant le quart de ce revenu exceptionnel net au revenu net global imposable et en multipliant par quatre la cotisation supplémentaire obtenue. Ce système dit « du quotient *» permet de limiter l'application de la progressivité de l'impôt sur le revenu à des revenus exceptionnels. Ce système est applicable au titre de chacun des sept exercices d'étalement du dispositif prévu par l'article 75-0 A précité. Enfin, l'article 151* septies *du même code permet à l'exploitant agricole exerçant depuis au moins cinq années de bénéficier d'une exonération totale ou partielle des plus-values dégagées à l'occasion de la perception d'indemnités visant à compenser l'abattage d'animaux inscrits à l'actif immobilisé. Les recettes de l'exploitation ne doivent pas excéder 350 000 euros pour une exonération totale, et 450 000 euros pour une exonération partielle.*

(2) Dans la mesure où les exploitations soumises à l'impôt sur le revenu qui réalisent des profits sur stocks doivent acquitter, malgré le dispositif prévu par l'article 75-0 A précité, un septième de l'impôt dont elles sont redevables sur ces profits dès l'année de perception des indemnités, et où celles dont les recettes annuelles dépassent 450 000 euros ne peuvent bénéficier de l'exonération des plus-values de cession dans les conditions définies à l'article 151 septies *susmentionné.*

D'après l'évaluation préalable de cet article, la différence de régime fiscal qu'il institue entre les indemnités versées respectivement en compensation de l'abattage d'un animal affecté à la reproduction du cheptel ou d'un animal qui avait vocation à être vendu à brève échéance est justifiée par la fonction différente desdites indemnités qui, dans le premier cas, visent à garantir la pérennité de l'exploitation par le remplacement des animaux disparus et, dans le second, se substituent *de facto* au produit d'une vente [1].

● Les dispositions introduites par le Sénat visent à exclure de l'assiette des contributions sociales des non-salariés agricoles, définie à l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, « *les sommes exonérées* » d'impôt sur le revenu et d'impôt sur les sociétés en application des deux nouveaux articles du code général des impôts insérés par l'article 10 du projet de loi de finances.

Relevons, à titre liminaire, que ce dispositif semble comporter une malfaçon légistique dans la mesure où il fait référence au « 3°*octies* » du futur article 208 du code général des impôts, alors même que celui-ci ne comprend de telle division ni dans la rédaction initiale de l'article 10 précité, ni dans la version dans laquelle l'Assemblée nationale a adopté celui-ci avant de rejeter la première partie du projet de loi [2].

Sur le fond, il convient de rappeler que le 2° du A du I de l'article L. 136-4 précité prévoit une exonération de prélèvements sociaux portant sur la différence entre l'indemnité versée en compensation de l'abattage total ou partiel de troupeaux sur l'ordre de l'administration ou des vétérinaires inspecteurs dans leur fonction de protection de la santé des consommateurs [3] et la valeur en stock ou en compte d'achats des animaux abattus. Instaurée en 2005 [4], cette exclusion d'assiette s'est substituée à un dispositif d'étalement du calcul des cotisations sociales des non-salariés agricoles bénéficiaires d'indemnités d'abattage liées à la lutte contre l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) [5].

---

(1) « Il convient toutefois de distinguer selon que les animaux avaient vocation à être cédés à court terme, auquel cas l'indemnité vient se substituer au produit de leur vente qui serait de toute façon intervenue à brève échéance, et selon que les animaux étaient affectés à la reproduction, et n'avaient par conséquent pas vocation à être vendus à brève échéance. C'est dans ce dernier cas que l'imposition de l'indemnité pose un problème de trésorerie à l'exploitant agricole, car s'il n'est pas en mesure de reconstituer son potentiel productif en achetant de nouveaux animaux reproducteurs, la pérennité de son exploitation pourrait être remise en cause *» (*Évaluation préalable des articles du projet de loi de finances pour 2026*, p. 77).*

(2) Le ministre du travail et des solidarités semble avoir fait allusion au même problème de rédaction dans sa réponse aux auteurs des amendements dont résulte ces dispositions : « [...] L'article 10 du projet de loi de finances pour 2026 prévoit l'exonération d'impôt sur le revenu des plus-values dégagées à l'occasion d'un abattage sanitaire, ce qui constitue un effort non négligeable. Il est ici proposé, en sus, d'exonérer ces sommes de cotisations et contributions sociales. Mes services me signalent une difficulté de rédaction et de cohérence avec le code général des impôts *» (Sénat, compte rendu intégral de la séance du 20 novembre 2025).*

(3) En application de l'article L. 234-4 du code rural et de la pêche maritime.

(4) Article 22 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

(5) Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 23 février 2005 précitée que, bien que le dispositif ne fût pas ciblé sur une zoonose particulière, le législateur entendait avant tout répondre aux besoins des éleveurs dont les troupeaux avaient été victimes de cette épizootie, de la fièvre aphteuse ou de la dioxine. Cf. *le rapport*

Aussi, il semble que la rédaction actuelle de l'article L. 136-4 précité réponde en partie à l'intention des auteurs des amendements dont sont issues les dispositions commentées, dans la mesure où l'exonération sociale qu'elle institue porte également sur la différence entre le montant de ces indemnités et la valeur en stock des animaux concernés. En revanche, cette exonération ne porte pas sur la différence entre le montant de l'indemnité et la valeur nette à l'actif de ces animaux, laquelle tient compte à la fois animaux inscrits en stock et de ceux qui sont immobilisés.

En outre, le champ de l'exonération de contributions sociales semble à certains égards plus étendu que celui du nouveau régime fiscal prévu par le projet de loi de finances dans la mesure où, contrairement à ce régime, le dispositif social n'est pas limité aux indemnités versées en compensation de l'abattage des seuls animaux affectés à la reconstitution du cheptel, ni conditionné à ce que ces indemnités soient utilisées dans un délai d'un an à compter de leur perception.

CHAMP D'APPLICATION DES EXONÉRATIONS PRÉVUES À L'ARTICLE L. 136-4 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET À L'ARTICLE 10 DU PROJET DE LOI DE FINANCES

	Exonération fiscale prévue par l'article 10 du projet de loi de finances pour 2026	**Exonération sociale prévue par le 4° du A du I de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale**
Fondement juridique de l'indemnité perçue	Article L. 212–2 du code rural et de la pêche maritime	Article L. 212–2 du code rural et de la pêche maritime et article L. 234–4 du code rural et de la pêche maritime
Cheptel concerné	Uniquement les animaux affectés à la reproduction	Totalité du cheptel
Conditionnalité	Le montant de l'indemnité doit être employé dans un délai d'un an à compter de la date de sa perception, à la reconstitution du cheptel affecté à la reproduction	Aucune condition
Nature de l'actif	Immobilisé ou stocké	Stocké

Source : commission des affaires sociales à partir des réponses du ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire au rapporteur général de la commission des affaires sociales.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général partage l'objectif de soutenir les éleveurs confrontés à l'abattage de tout ou partie de leur troupeau et approuve par conséquent les dispositions introduites par le Sénat.

---

n° 1333 (XII^e législature) fait au nom de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire sur le projet de loi relatif au développement des territoires ruraux par MM. Yves Coussain, Jean-Claude Lemoine et Francis Saint-Léger, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 7 janvier 2004, deuxième partie, p. 12 : « s'agissant des indemnités versées aux agriculteurs pour compenser la perte de recettes engendrée pour eux par l'abattage, la mesure proposée devrait bénéficier à plusieurs centaines d'exploitants, si l'on considère le nombre d'animaux abattus ces dernières années pour des raisons sanitaires. En effet, le nombre d'exploitants ayant dû faire abattre leurs troupeaux contaminés par *[l'ESB]* ou la fièvre aphteuse est estimé à environ 550 depuis l'année 2000, tandis qu'environ 250 exploitants ont vu leurs troupeaux touchés par la dioxine depuis 2002 ».

*
* *

Article 8 quinquies
Exclusion des plus-values de court terme de l'assiette sociale de certains travailleurs indépendants agricoles

Origine de l'article : amendement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.
Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de trois amendements identiques n° 77 de M. Julien Dive et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, n° 1507 de M. Lionel Vuibert (Non inscrit), M. Didier Le Gac (groupe Ensemble pour la République) et M. Philippe Bonnecarrère (Non inscrit) et n° 1925 de M. David Taupiac et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires, ayant reçu un avis favorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Cette disposition apporte une précision technique à la définition de l'assiette des contributions sociales dues par les non-salariés agricoles, laquelle a été réformée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et a fait l'objet d'ajustements supplémentaires dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (1).

Alors que celle-ci a exclu de l'assiette de droit commun des travailleurs indépendants agricoles certaines plus-values de court terme exonérées d'impôt sur le revenu (2), il n'a pas fait de même dans le cas de l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) due par les exploitants relevant du régime spécifique de la microentreprise agricole (dit « micro-BA ») ou soumis au forfait forestier, définie au IV de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale (3).

Aussi, cet article met en cohérence les cas d'exclusion de l'assiette sociale de ces exploitants avec ceux prévus pour les autres indépendants agricoles. Il complète à cet effet la définition de l'assiette de la CSG due par les premiers en prévoyant que celle-ci ne comprend pas « les recettes des sommes mentionnées »

(1) Cf. *respectivement l'article 18 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 et l'article 13 de la loi n° 2025-199 de financement de la sécurité sociale pour 2025.*

(2) 3° du A du I de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale.

(3) L'assiette de la CSG due par ces exploitants est définie au IV de l'article L. 136-4 précité.

au 3° du A du I de l'article L. 136-4 précité, c'est-à-dire les plus-values de court terme susmentionnées.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2 de la Constitution, le Gouvernement a transmis cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté cet article sans modification.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale et du Sénat.

*
* *

Article 8 sexies
Réduction des allégements généraux de cotisations patronales pour les branches dont les minima sont inférieurs au Smic

Origine de l'article : amendement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu d'un amendement n° 1353 de M. Paul-André Colombani et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires, adopté contre l'avis du rapporteur général de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Il modifie les modalités de calcul de la réduction générale des cotisations patronales dans le cas des entreprises relevant d'une branche au sein de laquelle les rémunérations minimales sont inférieures au Smic. Pour l'essentiel, il reprend la teneur de dispositions introduites à la faveur d'une proposition de rédaction de M. Jérôme Guedj à l'article 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 [(1)], relatif à la réforme des allégements généraux de cotisations patronales, durant la réunion de la commission mixte paritaire chargée de se prononcer sur les dispositions de ce texte qui restaient en discussion. Les dispositions en question

(1) Cet article est devenu l'article 18 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

n'avaient toutefois pas été introduites dans le projet de loi lors de son examen en première lecture, l'Assemblée nationale ayant rejeté les conclusions de la commission mixte après que le Premier ministre Michel Barnier eut engagé la responsabilité de son Gouvernement sur celles-ci dans les conditions prévues à l'article 49, alinéa 3 de la Constitution.

● L'article 8 *sexies* prévoit que le taux d'exonération applicable à chaque rémunération serait calculé, pour les entreprises concernées, sur le salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification et non sur le Smic, ce qui se traduirait, pour un niveau de rémunération déterminé, par un montant d'exonération moindre que celle qui résulterait de l'application du droit commun. Cette dérogation aux règles normales de calcul de la réduction générale s'appliquerait aux entreprises qui relèvent d'une branche pour laquelle le salaire minimum national susmentionné était inférieur au Smic en vigueur durant toute l'année civile précédant celle du mois civil au titre duquel le montant de la réduction est calculé et pour lesquelles aucun accord d'entreprise ni aucune décision unilatérale de l'employeur n'ont prévu au cours de l'année civile précédente des salaires supérieurs au Smic applicable.

Un décret préciserait les conditions d'application de ces modalités particulières de calcul de la réduction générale.

● Le dispositif introduit par l'Assemblée nationale en première lecture s'écarte sur deux points de celui issu des travaux de la commission mixte paritaire précitée :

– d'une part, la rédaction de l'article 6 du projet de loi de financement de la sécurité sociale issue des travaux de celle-ci prévoyait que les modalités dérogatoires de calcul de la réduction générale qu'il prévoyait ne fussent mises en application qu'à compter du 1er janvier 2026 et dans la seule hypothèse où moins de 90 % des branches dans lesquelles, au 1er novembre 2024, le salaire minimum national professionnel était inférieur au Smic en vigueur se fussent mises en conformité avec le Smic applicable au moins une fois. Au contraire, l'article 8 *sexies* ne fixe pas de condition à l'entrée en vigueur de la dérogation qu'il prévoit ;

– d'autre part, la rédaction adoptée par la commission mixte renvoyait à un décret la définition des conditions d'application de cette dérogation, en particulier la liste des branches entrant dans le champ d'application de celle-ci. L'article 8 *sexies* ne mentionne pas cette liste mais prévoit que ce décret devrait notamment envisager le cas des entreprises relevant de plusieurs branches ou de plusieurs conventions collectives.

● Le Gouvernement a conservé cet article dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2 de la Constitution.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Suivant l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté l'amendement n° 602 de la commission supprimant cet article.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général approuve la suppression effectuée par le Sénat, suivant des arguments d'ailleurs proches de ceux qu'il avait lui-même énoncés durant l'examen d'amendements semblables par l'Assemblée nationale (1).

Il relève que les écueils opérationnels et de principe de l'instauration de modalités dérogatoires de calcul des allégements généraux pour favoriser la conduite de négociations salariales ont été mises en évidence par MM. Marc Ferracci et Jérôme Guedj dans un rapport d'information qui a rencontré un large écho (2).

En particulier, sa mise en œuvre soulèverait des difficultés opérationnelles, que les auteurs de l'amendement dont résulte cet article ont d'ailleurs tenté de prendre en considération en mentionnant le cas des entreprises qui relèvent de plusieurs branches. Une entreprise peut en effet relever de plusieurs branches différentes, notamment lorsqu'elle est divisée en établissements ou en filiales. De même, certaines branches se caractérisent par l'existence de plusieurs conventions collectives. Il en résulte qu'une entreprise peut relever de plusieurs conventions collectives à la fois. En outre, certaines conventions collectives peuvent prévoir plusieurs grilles salariales différentes avec des minima distincts. Cette réalité impose donc de prévoir des règles spécifiques dans chacun de ces différents cas. Une telle règle s'ajouterait aux éléments de complexité déclarative que les allégements généraux représentent déjà pour les entreprises, en particulier pour les plus petites d'entre elles, comme pour les organismes de recouvrement.

Au surplus, le problème du maintien de minima conventionnels inférieurs au Smic s'est certes posé durant le choc d'inflation des années 2022 et 2023, au cours desquelles le salaire minimum a été revalorisé à plusieurs reprises, mais il n'est pas certain que cette question retrouve une acuité comparable dans un avenir proche.

---

(1) Cf. *le rapport n° 131 (2025-2026) fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 par Mme Élisabeth Doineau, Mme Corinne Imbert, Mme Pascal Gruny, M. Olivier Henno, Mme Marie-Pierre Richer et Mme Chantal Deseyne, enregistré à la présidence du Sénat le 15 novembre 2025, tome II, fascicule 1, pp. 134-135.*

(2) Rapport d'information n° 1685 (XVI^e législature) déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le contrôle de l'efficacité des exonérations de cotisations sociales, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 28 septembre 2023. Cf. *en particulier les pages 58 à 62. Le développement consacré à la mise sous conditions du bénéfice des allégements généraux se conclut de la façon suivante : «* compte tenu de ces éléments et de l'impact des allègements sur les bas salaires en termes d'emploi, il n'apparaît pas opportun aux rapporteurs de mettre en place une conditionnalité portant sur la négociation salariale de branche. Pour envisager une telle conditionnalité, les conséquences et la faisabilité gagneraient à en être mieux connues et appréhendées par les chercheurs, les administrations et la représentation nationale *».*

Pour ces raisons, les inconvénients de la mesure paraissent excéder ses avantages.

*
* *

Article 8 septies
Extension aux entreprises de plus de deux cent cinquante salariés de la déduction forfaitaire de cotisations patronales sur la rémunération des heures supplémentaires

Origine de l'article : amendement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu des amendements identiques n° 879 de M. Laurent Wauquiez et des membres du groupe Droite Républicaine et n° 2283 du rapporteur général. Le Gouvernement s'en est remis à la sagesse de l'Assemblée nationale.

a. Le droit existant

● La loi dite « Tepa » de 2007 a instauré plusieurs exonérations sociales et fiscales portant sur la rémunération des heures supplémentaires, dont certaines bénéficiaient directement au salarié (exonération des revenus perçus de l'assiette de l'impôt sur le revenu ; réduction des cotisations salariales ; augmentation de la majoration de la rémunération des heures supplémentaires pour les salariés employés dans les entreprises de moins de vingt salariés) quand d'autres étaient à l'avantage de l'employeur, dont la création d'une déduction forfaitaire sur le montant des cotisations à sa charge et l'exclusion des majorations au titre des heures supplémentaires de la rémunération prise en compte dans le calcul de la réduction générale dégressive [(1)].

Le dispositif a ensuite été provisoirement élargi en 2008 [(2)], avant d'être restreint par la loi de finances rectificative pour 2012 [(3)], qui a supprimé les exonérations d'impôt sur le revenu et de cotisations salariales ainsi que la déduction forfaitaire de cotisations patronales applicables aux entreprises de plus de vingt

---

(1) Article 1er de la loi n° 2007-1223 du 17 août 2007 relative au travail, à l'emploi et au pouvoir d'achat.

(2) La loi n° 2008-111 du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat a permis au salarié puisse demander à son employeur la « monétisation » d'un certain nombre de jours. Le salarié, sous certaines conditions, notamment la conclusion d'accords relatifs à l'organisation du temps de travail, pouvait bénéficier du rachat de jours de réduction du temps de travail (RTT), de jours de repos et de droits affectés sur un compte d'épargne temps.

(3) Loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012.

salariés. Cette déduction est toutefois demeurée en vigueur dans les entreprises de moins de vingt salariés, son montant – défini par décret – restant resté fixé à 1,50 euro par heure rémunérée.

● La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a ensuite rétabli le dispositif de réduction des cotisations salariales [(1)], dont la loi dite « Mues » du 22 décembre 2018 a avancé l'entrée en application [(2)]. L'exonération d'impôt sur le revenu a également été rétablie par la loi de finances pour 2019 [(3)].

La loi dite « Mupa » du 16 août 2022 a ensuite rétabli la déduction forfaitaire de cotisations patronales pour les entreprises de 20 à 250 salariés [(4)]. Le montant de celle-ci, fixé par décret, s'élève à 0,50 euro par heure rémunérée, soit le même montant que la déduction en vigueur jusqu'en 2012 dans les entreprises de plus vingt salariés.

Enfin, la loi de finances rectificative pour 2022 a temporairement permis la monétisation des journées de RTT non prises par le salarié, cette monétisation étant éligible à la réduction de cotisations salariales [(5)]. Ce dispositif a été reconduit par la jusqu'au 31 décembre 2026 [(6)].

b. Le dispositif proposé

● L'article 8 *septies* supprime la restriction, prévue par le premier alinéa de l'article L. 241-18-1 du code de la sécurité sociale, réservant le bénéfice de la déduction forfaitaire de 0,50 euro aux entreprises de moins de 250 salariés. D'après les estimations concordantes du rapporteur général et du Gouvernement, le coût de cet élargissement peut être évalué à 150 millions d'euros.

Conformément à l'esprit du plan Tepa, la mesure proposée vise en premier lieu à inciter le plus grand nombre d'entreprises à proposer à leurs salariés d'effectuer des heures supplémentaires, dans le but d'accroître le pouvoir d'achat des intéressés. Elle corrigerait ce faisant une inégalité entre les entreprises et entre les salariés tenant au seuil d'effectif en vigueur. La disparition de cet effet de seuil bénéficierait d'ailleurs, compte tenu du caractère forfaitaire de la déduction, proportionnellement davantage aux salariés aux revenus modestes.

● Le Gouvernement a conservé cet article dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2 de la Constitution.

---

(1) Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(2) Loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales.

(3) Loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019.

(4) Loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

(5) Loi n° 2022-1157 du 16 août 2022 de finances rectificative pour 2022.

(6) Loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté cet article sans modification.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale et du Sénat.

*

* *

Article 8 octies

Rapport d'évaluation de la réforme du Régime social des indépendants et du recouvrement des cotisations au titre de ce régime

Origine de l'article : amendement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'amendement n° 91 de M. Max Mathiasin et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires. En séance publique, le rapporteur général a constaté que les questions sous-jacentes à la demande de rapport formulée par cet amendement appelaient une réponse du Gouvernement, lequel s'en est remis à la sagesse de l'Assemblée nationale quant à son adoption.

L'article prévoit la remise d'un rapport améliorant l'information du Parlement sur l'application de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, lequel a supprimé le Régime social des indépendants (RSI) afin d'intégrer la sécurité sociale des indépendants (SSI) au régime général.

Ce rapport analyserait plus précisément « *la fiabilité du* [système national de la gestion des comptes des cotisants, dit] *système national version 2 sur lequel repose le recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants* » au titre de l'ancien RSI et du régime actuel, « *ainsi que les difficultés persistantes rencontrées par les travailleurs indépendants, en particulier en outre-mer* », qui se verraient réclamer des « *sommes indues* » au titre de leurs arriérés auprès de l'ancien RSI. Il comporterait des propositions visant à favoriser un règlement amiable de cette situation.

● Comme le rappelle l'exposé sommaire de l'amendement, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 avait prévu, selon une formulation voisine quoique plus étroite – dans la mesure où elle ne concernait que les travailleurs indépendants ultramarins –, la remise d'un rapport qui ne semble pas avoir été transmis au Parlement (1).

Article 27 de la LFSS 2024	Article 8 *octies* du PLFSS 2026
Avant le 1er avril 2024, le Gouvernement remet un rapport d'évaluation de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Ce rapport évalue notamment les difficultés persistantes rencontrées par les travailleurs indépendants pour rembourser leurs dettes envers l'ancien régime social des indépendants en outre-mer, en particulier à La Réunion, ainsi que les pistes de solutions permettant un règlement amiable de cette situation.	Avant le 1er avril 2026, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Ce rapport évalue notamment la fiabilité du système national version 2 sur lequel repose le recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants au titre de l'ancien régime social des indépendants et du régime actuel, ainsi que les difficultés persistantes rencontrées par les travailleurs indépendants, en particulier en outre-mer, qui se voient réclamer des sommes indues. Il analyse les éléments liés à l'acquisition de la personnalité morale par le régime social des indépendants et les entités se présentant comme venant à ses droits et il propose des solutions permettant un règlement amiable de cette situation.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Suivant l'avis du Gouvernement, et en vertu d'une position de principe concernant les demandes de rapport, le Sénat a adopté l'amendement n° 603 de la commission supprimant cet article.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général appelle le Gouvernement à remettre au Parlement le rapport prévu par l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, ce qui permettrait de répondre aux interrogations exprimées par les auteurs de l'amendement.

Par ailleurs, le rapporteur général prend acte de l'engagement formulé par la ministre de l'action et des comptes publics devant l'Assemblée nationale de s'assurer que les parlementaires ultramarins puissent aborder à brève échéance avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), représentée par son directeur, les problèmes mis en évidence par cette demande de rapport (2).

---

(1) Article 27 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(2) « En réponse à votre amendement, qui souligne une difficulté réelle, je m'engage à ce que la direction de l'Acoss *[…]*, sous l'égide de son directeur général, fasse un point spécifique avec les parlementaires ultramarins au sujet des problèmes que vous évoquez – cela me semble plus utile à court terme – et je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée sur cette demande de rapport *». Quelques instants plus tard : «* je vous confirme que je vais organiser une réunion à ce sujet en urgence pour que le directeur général de l'Acoss reçoive les parlementaires et fasse le point avec eux sur les difficultés que vous avez pointées *» (compte rendu de la première séance du 7 novembre 2025).*

● Compte tenu de cet engagement et de l'existence d'une disposition analogue dans une loi de financement antérieure, le rapporteur général propose de ne pas rétablir cet article supprimé par le Sénat, dont il approuve néanmoins l'esprit.

*
* *

Article 9
Rationalisation d'exonérations spécifiques

Origine de l'article : article du projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale en première lecture.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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 (Acre), tout en réservant ce dispositif aux demandeurs d'emploi et à certains publics vulnérables ;

– il réforme les exonérations spécifiques applicables à certaines entreprises établies dans certains départements, régions et collectivités d'outre-mer (dites « Lodeom ») ;

– il supprime l'exonération de cotisations salariales dont bénéficient les apprentis sur une partie de leur rémunération ;

– 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.

● L'Assemblée nationale a supprimé la plus grande partie des dispositions de l'article, à la faveur :

– huit amendements identiques supprimant la réforme du dispositif Lodéom [(1)] ;

(1) Amendements n° 55 de M. Max Mathiasin et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires, n° 57 de M. Yoann Gillet et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement National, n° 289 de M. Hervé Berville (groupe Ensemble pour la République), n° 343 de M. Christian Baptiste et des membres du groupe Socialistes et apparentés, n° 350 de Mme Karine Lebon et des membres du groupe

– sept amendements identiques, relatifs à la suppression de l'exonération de cotisations salariales applicable à la rémunération des apprentis [(1)] ;

– deux amendements identiques, dans le cas du resserrement du champ d'application du dispositif des JEI [(2)].

Par ailleurs, à la faveur d'un amendement n° 2159 de Mme Sandrine Rousseau, l'Assemblée nationale a maintenu à son niveau actuel, soit la totalité des cotisations dues, le niveau l'exonération au titre de l'aide à la création et à la reprise d'entreprises, en supprimant les dispositions qui le réduisaient à 25 % de ces cotisations. À l'initiative du rapporteur général [(3)], elle a également prévu que cette exonération continue de s'appliquer aux créateurs et aux repreneurs d'entreprises situées dans des territoires bénéficiant du statut de zone France ruralités revitalisation (ZFRR) ou de zone France ruralités revitalisation renforcée (ZFRR+) [(4)], l'auteur de l'amendement ayant constaté que la rédaction initiale maintenait cette exonération dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

● Suivant l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté deux amendements de la commission rétablissant certaines dispositions de la rédaction initiale supprimées par l'Assemblée nationale :

– l'amendement n° 604 a réduit le niveau de l'exonération Acre à 25 % des cotisations sociales dues au cours de la première année d'activité ;

– l'amendement n° 605 a rétabli les dispositions supprimant l'exonération de cotisations salariales en faveur des apprentis.

● Le Sénat n'est cependant pas revenu sur la suppression effectuée par l'Assemblée nationale de la réforme des dispositifs Lodeom et JEI.

Gauche Démocrate et Républicaine, n° 509 de M. Joseph Rivière (groupe Rassemblement National), n° 811 de M. Elie Califer et n° 2247 de M. Olivier Serva.

(1) Amendements n° 54 de M. Jean-Claude Raux et des membres du groupe Écologiste et Social, n° 353 de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés, n° 355 de M. Yannick Monnet et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine, n° 384 de Mme Sandrine Le Feur (groupe Ensemble pour la République), n° 1301 de M. Stéphane Lenormand et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires, n° 1824 de M. Alexandre Loubet (groupe Rassemblement National) et n° 2325 de Mme Camille Galliard-Minier et des membres du groupe Ensemble pour la République.

(2) Amendements n° 1691 de M. Laurent Mazaury et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires et n° 2326 de M. Paul Midy et des membres du groupe Ensemble pour la République.

(3) Amendement n° 2276 du rapporteur général.

(4) Ces zones sont définies à l'article 44 quindecies *A du code général des impôts.*

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général approuve le « recentrage » de l'Acre, dont il convient de rappeler qu'elle n'est pas le seul dispositif de soutien à la création d'entreprises, y compris pour les publics à l'intention desquels celui-ci a d'abord été instauré. En particulier, outre cette exonération, les allocataires de l'assurance chômage peuvent bénéficier du cumul d'une partie de l'allocation d'aide au retour à l'emploi avec les revenus qu'ils tirent de leur nouvelle activité ou obtenir le versement d'une somme correspondant à 60 % de leurs droits à allocation (1). Plus généralement, depuis 2017, l'accompagnement à la création et à la reprise d'entreprise est dévolu aux régions, qui mettent en œuvre les dispositifs de leur choix (2), lesquels possèdent dans certains cas un champ d'application proche de celui de l'Acre sous la forme que le projet de loi propose de lui donner (3).

En outre, la suppression de cette mesure effectuée par l'Assemblée nationale diminuait de deux tiers le montant des économies liées à la réforme ce dispositif (4).

● Par ailleurs, le rapporteur général constate qu'un large consensus s'est dégagé à l'Assemblée nationale comme au Sénat pour ne pas réduire le niveau des exonérations de cotisations prévues par le dispositif Lodeom. S'il prend acte de l'engagement pris par le Gouvernement de poursuivre les travaux préparatoires à la réforme de cette exonération spécifique (5), il regrette que l'examen en première lecture n'ait pas permis, *a minima* sans augmentation des charges pour les entreprises ultramarines, d'entamer la nécessaire simplification des barèmes, dont chacun s'accorde à reconnaître la complexité (6). La rédaction initiale du projet de loi s'y était attelée en proposant de supprimer le barème d'innovation et de croissance ainsi que

---

(1) Cf. *l'article 35 du décret n° 2019-797 du 26 juillet 2019 relatif au régime d'assurance chômage et le paragraphe 8 de l'article 2 de la convention du 15 novembre 2024 relative à l'assurance chômage.*

(2) En application de la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République.

(3) Tel est le cas du « Pass création » mis en œuvre par la région Centre-Val de Loire ou encore du dispositif « Be EST Entreprendre#Parcours » proposé par la région Grand Est. Celui-ci bénéficie aux demandeurs d'emploi inscrits à France Travail depuis plus de six mois, aux bénéficiaires des minimas sociaux, aux jeunes de moins de vingt-neuf ans qui résident dans le Grand Est et aux projets de création et de reprise dont le plan de financement est inférieur à 20 000 euros.

(4) D'après le Gouvernement, alors que la réforme de l'Acre devait entraîner des économies de 90 millions d'euros en 2026 puis de 180 millions d'euros l'année suivante, le maintien de l'exonération à son niveau actuel au bénéfice du seul recentrage de son champ d'application réduirait ces montants de 60 millions d'euros et de 120 millions d'euros respectivement.

(5) Après que Mme Karine Lebon a fait état de discussions avec le Gouvernement (« il me semble que nous sommes en train de parvenir à un accord pour ne pas toucher à la Lodeom cette année : on sanctuarise en attendant l'étude d'impact ; on prend l'année 2026 pour discuter et évaluer ce qu'on peut simplifier et améliorer, mais on le fait avec les parlementaires concernés – avec notre accord *»), la ministre de l'action et des comptes publics a indiqué que le Gouvernement entendait «* renonce*[r]* à l'économie budgétaire de près de 350 millions d'euros mais *[qu'il était]* essentiel d'engager des travaux sur le fonctionnement, les paramètres et le ciblage du dispositif *» (compte rendu de la première séance du vendredi 7 novembre 2025).*

(6) La ministre de l'action et des comptes publics a indiqué aux membres de l'Assemblée nationale que « 60 % des déclarations des entreprises au titre de la Lodeom *[...]* sont erronées, non pas à cause de fraudes ou d'abus, mais parce que le système est trop complexe *» (compte rendu de la première séance du vendredi 7 novembre 2025).*

le régime particulier applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au profit de l'intégration de ces territoires au régime des départements et régions d'outre-mer (Drom).

Le rapporteur général note que les effets de la réforme du dispositif spécifique propre à ces deux collectivités d'outre-mer sont difficiles à évaluer en l'état des informations disponibles. Le rapport des inspections générales des affaires sociales (Igas) et des finances (IGF) dont s'inspire la réforme relevait sur ce point que l'extension du dispositif des Drom à ces territoires au « *pourrait avoir un impact différencié à Saint-Barthélemy, dans une économie mono-sectorielle où les rémunérations sont plus élevées mais où les exonérations bénéficient essentiellement à l'hôtellerie de luxe et à Saint-Martin où les rémunérations sont plus faibles* » [(1)].

Le rapporteur général relève que les défauts du barème d'innovation et de croissance ainsi que les conséquences de son éventuelle suppression sont davantage documentés. Les inspections générales ont notamment souligné :

– que « *le barème innovation et croissance, au périmètre plus spécifique* [que les deux autres barèmes du dispositif applicable aux Drom]*, ne concerne que les établissements des secteurs des technologies de l'information et des télécommunications (TIC)* [...]*. Par ailleurs, au sein de ces entreprises, seuls sont éligibles les salariés "concourant directement et principalement" à la réalisation de "projets innovants". La construction des critères d'éligibilité de ce barème innovation et croissance semble complexe et fragile. En effet, l'appréciation de ces deux critères, quant au salarié et quant au projet, ne repose sur aucune base déclarative particulière. Il n'est donc pas possible pour les services de contrôle des caisses générales de sécurité sociale d'évaluer, sur la seule base des déclarations sociales, le bien-fondé de l'application de l'exonération selon ce barème. Même en cas de contrôle, l'appréciation de ces deux critères reste difficilement objectivable, faisant courir un risque de contentieux.* » [(2)] Aussi, « *les secteurs qui ne sont pas ciblés par l'esprit du barème innovation et croissance (encourager les projets innovants dans les TIC) représentent au total 41,6 %* » du montant des exonérations accordées au titre de ce barème [(3)] ;

– que 84 % des salariés entrant dans le champ d'application de ce régime sont également éligibles aux barèmes de compétitivité ou de compétitivité renforcée de la Lodeom, une part des autres salariés pouvant relever des allégements généraux de droit commun dans leur forme antérieure à la réforme prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 [(4)]. En conséquence, la suppression de

---

(1) IGF et Igas, Évaluation des mesures d'exonération de cotisations sociales spécifiques aux outre-mer*, novembre 2024, p. 31.*

(2) IGF et Igas, rapport précité, annexe II, pp. 8-9.

(3) IGF et Igas, rapport précité, annexe III, p. 31.

(4) Plus précisément, 48 % des équivalents temps plein (ETP) concernés par le régime innovation et croissance soit 2 777 ETP sont employés par une entreprise éligible au barème compétitivité renforcée ; 36 % des ETP concernés par le régime innovation et croissance soit 2 082 ETP sont employés par une entreprise éligible au

ce régime n'entraînerait pas la perte de l'ensemble des exonérations auquel il donne lieu.

Prenant acte de la poursuite des travaux préparatoires, le rapporteur général propose de reporter à un prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale la réforme du dispositif Lodeom.

● Le rapporteur général a exposé en première lecture dans le rapport de la commission puis lors de l'examen des articles les raisons qui justifient à ses yeux que l'exonération de cotisations salariales applicables à la rémunération des apprentis soit réduite voire supprimée. Dans un esprit de compromis, et pour ne pas modifier les conditions de rémunération des futurs apprentis aux revenus les plus faibles, il proposera comme il l'avait fait en première lecture de réduire le seuil d'exonération à 25 % du Smic pour ces apprentis plutôt que de supprimer entièrement le dispositif.

*

* *

Article 9 bis

Exclusion de l'assiette des cotisations sociales de l'avantage tiré de la prise en charge par l'employeur des intérêts d'un crédit immobilier

Origine de l'article : amendement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.
Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu des amendements identiques n° 1346 de M. Lionel Causse et plusieurs de ses collègues des groupes Ensemble pour la République ainsi que des groupes Droite Républicaine, Horizons & Indépendants, Socialistes et apparentés, Les Démocrates et Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires, n° 1767 de M. Laurent Wauquiez et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, et n° 2051 du rapporteur général. Ces amendements ont fait l'objet d'un avis défavorable du Gouvernement.

Le **I** de l'article 9 *bis* insère un nouvel article L. 313-7 dans la section du code de la construction et de l'habitation relative à la participation des employeurs à l'effort de construction (Peec). Il prévoit que, sans préjudice de cette obligation, les employeurs soumis à celle-ci, à savoir les employeurs de plus de cinquante salariés autres que les organismes publics, puissent prendre en charge tout ou partie des

barème compétitivité ; 16 % des ETP concernés par le régime innovation et croissance soit 925 ETP seraient éligibles au régime des allégements généraux ou ne seraient plus éligibles à une exonération de cotisation. Cf. *rapport précité, p. 28.*

intérêts du crédit immobilier contracté par un salarié primo-accédant pour acquérir ou faire construire sa résidence principale. La condition de première accession à la propriété s'entendrait comme le fait de ne pas avoir été propriétaire de sa résidence principale au cours des deux années précédant celle au cours de laquelle le crédit serait contracté.

L'employeur verserait chaque mois au salarié les sommes correspondant à cette prise en charge. Par ailleurs, pour éviter que le recours à ce dispositif n'entrave la mobilité professionnelle de ses bénéficiaires, la rupture du contrat de travail ne pourrait donner lieu à la restitution de ces sommes par le salarié.

Si les employeurs peuvent déjà à des dispositifs de prêt subventionné, l'avantage qui en résulte est qualifié d'avantage en nature. Aussi, la novation de l'article réside dans l'exclusion de cet avantage de l'assiette des cotisations salariales et patronales (**II**). Cette nouvelle exemption d'assiette serait limitée à 8 % du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) [(1)] par an, soit environ 3 770 euros en 2025. Les sommes concernées resteraient assujetties à la contribution sociale généralisée (CSG), à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et seraient soumises au forfait social (troisième alinéa du **I**). En l'absence de dérogation expresse, cette dernière contribution s'appliquerait au taux de droit commun, qui est de 20 % [(2)].

Ces dispositions s'appliqueraient aux contrats de travail ainsi qu'aux conventions et aux accords d'entreprise ou d'établissement conclus à compter du 1er janvier 2026 (**III**).

● Le Gouvernement a conservé cet article dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2 de la Constitution.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

● Suivant l'avis du Gouvernement, le Sénat a supprimé cet article en adoptant l'amendement n° 606 de la commission, laquelle s'est déclarée défavorable à la création d'une nouvelle niche sociale dont le Gouvernement avait estimé que le coût pourrait atteindre « *plusieurs centaines de millions d'euros voire* [plusieurs] *milliards d'euros* » [(3)]. La commission a aussi marqué son opposition au seuil de cinquante salariés retenu pour définir le champ d'application de ce dispositif, lequel avait été retenu pour l'aligner sur celui de la Peec [(4)].

---

(1) Selon la désignation usuelle du plafond défini au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 137-16 du code de la sécurité sociale.

(3) Compte rendu de la deuxième séance du 7 novembre 2025.

(4) « Cet article viendrait créer une nouvelle niche sociale et affecterait ainsi l'objectif global de retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. Selon le Gouvernement, le coût du dispositif pourrait s'élever à plusieurs centaines de millions d'euros. De plus, il créerait une distorsion entre les entreprises car le dispositif ne concerne que les entreprises de plus de 50 salariés. La rapporteure générale considère que si les entreprises

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général est sensible à l'argument suivant lequel la limitation du bénéfice de la mesure proposée aux entreprises de plus de cinquante salariés entraînerait une distorsion regrettable, même si l'introduction de ce seuil visait initialement à maintenir une unité de champ entre ce dispositif et la Peec qui, quoique d'une nature différente, poursuit aussi l'objectif de faire contribuer les employeurs aux dépenses de logement de leurs salariés.

En revanche, les hypothèses de coût formulées par le Gouvernement pour rejeter cette proposition n'emportent pas sa conviction. Leur réalisation supposerait un très large recours au nouveau dispositif de prêt subventionné associé à une forte substitution de celui-ci au salaire de base. Ce risque pourrait se réaliser si des entreprises décidaient de verser sous forme de prêt subventionné exonéré de cotisations sociales une partie de la rémunération qu'elles auraient de toute façon accordée à leur salarié. En l'absence d'un tel effet, le nouveau dispositif créant un nouvel accessoire du salaire soumis à prélèvements sociaux, il entraînerait mécaniquement une hausse des recettes sociales.

L'ampleur d'un éventuel effet de substitution étant difficile à évaluer *a priori*, il pourrait être opportun d'en évaluer la réalité, ainsi que les autres effets de la mesure, dans le cadre d'une expérimentation. C'est pourquoi le rapporteur général propose de rétablir sous une forme expérimentale le dispositif adopté par l'Assemblée nationale et supprimé par le Sénat, tout en en étendant le champ d'application à l'ensemble des entreprises.

*

* *

Article 9 ter
Harmonisation du calcul des cotisations et contributions sociales pour les agriculteurs louant des meublés de tourisme

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique des trois amendements identiques n° 74 de M. Julien Dive et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, n° 1109 de Mmes Valérie Bazin-Malgras et Frédérique Meunier

peuvent librement accompagner les salariés dans l'accès au logement, cette aide ne doit pas être exemptée de contributions et cotisations sociales » *(exposé sommaire de l'amendement n° 606).*

(groupe Droite Républicaine) et n° 1510 de MM. Lionel Vuibert et Didier Le Gac (respectivement non-inscrit et membre du groupe Ensemble pour la République), après que le rapporteur général s'en est remis à la sagesse de l'Assemblée et suivant l'avis du Gouvernement.

Il précise que l'article L. 731-14-1 A du code rural et de la pêche maritime déroge aussi à l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale.

● Sur le fond :

– le 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime dispose que les non-salariés agricoles sont affiliés à la Mutualité sociale agricole (MSA) à raison de leurs activités d'accueil touristique, d'hébergement, y compris en meublé [(1)], et de restauration situées sur l'exploitation, auquel cas les bénéfices pour l'impôt sur le revenu (IR) ou sur les sociétés (IS) et les cotisations et contributions sociales peuvent relever du régime dit « micro », c'est-à-dire être déterminés en application des articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts ;

– les *a* à *c* du 1° du A du I de l'article 7 de la loi n° 2024-1039 du 19 novembre 2024 visant à renforcer les outils de régulation des meublés de tourisme à l'échelle locale, publiée au *Journal officiel* pendant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 en première lecture par le Sénat, avaient réduit les abattements applicables à 50 % dans la limite de 77 700 euros de revenus locatifs annuels (contre auparavant 71 % dans la limite de 188 700 euros) pour un premier cas de figure et à 30 % sous le seuil de 15 000 euros (contre 50 % dans la limite de 77 700 euros) dans un second, pour les prélèvements aussi bien d'État que sociaux et il importe au rapporteur général, malgré son opposition de principe à cette loi dite « AirBnB », de souligner que la conséquence – ensuite évitée – pour les agriculteurs n'aurait pas été une erreur du législateur, ce qu'illustrent les travaux préparatoires de Mme Annaïg Le Meur et M. Inaki Echaniz pour l'Assemblée nationale et de Mme Sylviane Noël et M. Jean-François Husson pour le Sénat ;

– l'article L. 731-14-1 A du code rural et de la pêche maritime a été créé par l'article 12 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 afin d'opérer, pour sa seule application aux prélèvements sociaux des agriculteurs louant des gîtes, une cristallisation de la rédaction antérieure de l'article 50-0 du code général des impôts, donc un maintien des abattements élevés (mécanisme que la commission mixte paritaire avait privilégié à une exonération).

● En droit, l'article 9 *ter* est donc doublement satisfait :

---

(1) Les meublés de tourisme, définis par le I de l'article L. 324-1-1 du code du tourisme comme les « villas, appartements ou studios meublés, à l'usage exclusif du locataire, offerts à la location à une clientèle de passage [...] et qui y effectue un séjour caractérisé par une location à la journée, à la semaine ou au mois », *doivent faire l'objet d'une déclaration lorsque leur offre est une activité habituelle pour leur propriétaire. La catégorie des gîtes ruraux relève du pur usage, selon la Banque publique d'investissement (Bpifrance) et la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF).*

– d'abord, il dispose expressément que « *les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues au titre des activités de location de meublés de tourisme* [des affiliés agricoles] *sont assises sur* » l'assiette susmentionnée (1) ;

– ensuite, il prévoit une dérogation à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime ; or si cette référence vise en premier lieu les « *cotisations de sécurité sociale dues par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole* », c'est pour indiquer qu'elles sont « *assises sur l'assiette définie à l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale* [...] *et à l'article L. 136-3* [du même code] » et il s'agit bien de la contribution sociale généralisée (CSG) des non-salariés agricoles (ou des non-salariés en général), tandis qu'un autre jeu de renvois vise la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) ;

– enfin, l'intention du législateur est sans ambiguïté, le rapporteur général ayant utilisé les expressions « *assiette sociale* » et « *prélèvements sociaux* » (2) et son homologue au Sénat écrit deux fois que *« la mesure s'appliquer*[a] *au calcul des cotisations et contributions* » (3).

Le rapporteur général et la ministre de l'action et des comptes publics ont fait assaut de bons mots, le premier relevant que « *mieux vaut se munir de la ceinture, des bretelles et du parachute* » et la seconde que quitte à « *inscrire dans la loi des choses qui y sont déjà, on aura le principe, l'esprit et la lettre avec toutes les virgules et tous les points* » (4).

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu les amendements identiques n° 74, n° 1109 et n° 1510 dont résulte cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

La commission des affaires sociales du Sénat a aussi noté que « *cette disposition n'entraîne aucun effet dans le droit existant* » (5).

Le Sénat a adopté l'article 9 *ter* sans modification.

---

(1) Le rapporteur général souligne.

(2) Rapport n° 869 de M. Thibault Bazin, rapporteur général, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 30 janvier 2025 (pp. 38-41).

(3) Rapport n° 344 (2024-2025) de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, enregistré à la présidence du Sénat le 13 février 2025 (pp. 80-82).

(4) Assemblée nationale, compte rendu de la deuxième séance du 7 novembre 2025.

(5) Fascicule 1 du tome II du rapport n° 131 (2025-2026) de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, enregistré à la présidence du Sénat le 15 novembre 2025 (p. 166).

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de conserver l'article 9 *ter* dans sa rédaction commune aux deux assemblées.

*
* *

Article 9 quater
Suppression de l'exclusion des tâches réalisées par les entreprises de travaux forestiers de l'exonération dégressive pour l'embauche de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, contre l'avis du Gouvernement, des trois amendements identiques n° 1202 de Mme Katiana Levavasseur et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement National, n° 1700 du rapporteur général et n° 1769 de M. Laurent Wauquiez et des membres du groupe Droite Républicaine.

Il supprime l'exclusion des tâches réalisées par les entreprises de travaux forestiers figurant au troisième alinéa du I de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime, relatif à l'exonération dégressive de cotisations patronales pour l'embauche, sous conditions (limite de 119 jours par an, point haut à 1,25 fois le salaire minimum et point de sortie à 1,6 fois ce montant), de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE), c'est-à-dire de saisonniers agricoles [(1)].

Les entreprises de travaux forestiers (ETF) sont une partie des entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers (Etarf) :

– l'article L. 722-2 du même code qualifie d'agricoles « *les travaux qui entrent dans le cycle de la production animale ou végétale, les travaux d'amélioration foncière agricole ainsi que les travaux accessoires nécessaires à l'exécution des travaux précédents* [et] *les travaux de création, restauration et*

(1) La bien légitime popularité de ce dispositif a conduit à ses fréquentes modifications ; aussi est-il renvoyé à son dernier résumé juridique en date dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (commentaire de l'article 4 dans le tome II du rapport n° 487 de M. Yannick Neuder, rapporteur général, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 25 octobre 2024).

entretien des parcs et jardins comprenant les travaux de maçonnerie paysagère nécessaires à l'exécution des travaux précédent » ;

– l'article L. 722-3 dudit code considère comme forestiers les « *travaux de récolte de bois, à savoir abattage, ébranchage, élagage, éhoupage, débardage sous toutes ses formes, les travaux précédant ou suivant normalement ces opérations tels que débroussaillement, nettoyage des coupes ainsi que transport de bois effectué par l'entreprise qui a procédé à tout ou partie des opérations précédentes et, lorsqu'ils sont effectués sur le parterre de la coupe, les travaux de façonnage, de conditionnement du bois, de sciage et de carbonisation, quels que soient les procédés utilisés, ainsi que la production de bois et dérivés destinés à l'énergie ou à l'industrie ; les travaux de reboisement et de sylviculture, y compris l'élagage, le débroussaillement et le nettoyage des coupes ; les travaux d'équipement forestier, lorsqu'ils sont accessoires aux travaux* [susmentionnés] », étant précisé qu'ils « *conservent leur caractère forestier lorsqu'ils sont effectués en dehors du parterre de la coupe par une entreprise ou une section d'entreprise dont l'activité principale est l'exploitation forestière ou la production de bois brut de sciage* ».

STATISTIQUES SUR LES ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES, RURAUX ET FORESTIERS

(en valeur absolue)

Source : Fédération nationale des entrepreneurs des territoires, janvier 2025.

Le rapporteur général note que l'article 9 *quater* ne fait que rétablir l'état du droit antérieur à l'article 84 de la loi n° 2014-1654 du 29 décembre 2014 de finances pour 2015. Il estime que son coût serait de 5 à 10 millions d'euros, quand l'exécutif fait valoir une fourchette de 40 à 80 millions d'euros.

Or les ETF ont, comme les autres bénéficiaires de l'exonération TO-DE, des besoins de main-d'œuvre concentré dans le temps et connaissent des fragilités que la Cour des comptes a bien expliquées : « *les pratiques de fractionnement des contrats entre les travaux d'abattage, de débardage et de transport du bois relations commerciales sont également défavorables aux entreprises de travaux forestiers, qui*

ne peuvent souvent pas effectuer toutes les prestations de la forêt à l'usine, comme c'est la pratique dans d'autres pays ; ces entreprises, souvent unipersonnelles et confrontées à des coûts d'investissement importants, sont en position faible face à des donneurs d'ordre de grande taille et n'hésitant pas à dicter leurs conditions (délais de paiement, contrôle de la facturation) » [(1)].

Leur exclusion de l'allégement n'a pas montré sa justification, alors que les travaux forestiers sont de formidables leviers pour le dynamisme de nos territoires, la résilience de nos arbres face aux incendies et la transition écologique.

Quant aux Etarf non forestières, elles disposent généralement d'une clientèle diversifiée, sont moins soumises aux contraintes des saisons et ont plutôt un salariat permanent.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu les amendements n° 1202, n° 1700 et n° 1769 dont résulte cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, suivant l'avis du Gouvernement, les deux amendements de suppression de l'article 9 *quater* n° 607 de la rapporteure générale et n° 880 de M. Daniel Salmon et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, motivés pour le premier par la préservation des comptes et pour le second par un doute sur l'efficacité économique et environnementale de l'exonération TO-DE.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de rétablir l'article 9 *quater* tel qu'adopté par l'Assemblée nationale.

*

* *

(1) Cour des comptes, La structuration de la filière de la forêt et du bois*, communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale en application du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, avril 2020.*

Article 9 quinquies *A (nouveau)*
Extension de l'exonération dégressive pour l'embauche de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi aux coopératives vinicoles

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, contre l'avis du Gouvernement, de l'amendement n° 1121 rect. *bis* de M. Franck Montaugé et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Il complète l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime pour rendre éligibles à l'exonération dégressive de cotisations patronales pour l'embauche de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE), c'est-à-dire de saisonniers agricoles, les sociétés coopératives agricoles – que ne définissent pas les seuls articles L. 521-1 à L. 521-7 du même code que mentionne l'article additionnel, mais l'ensemble du titre II du livre V dudit code, c'est-à-dire jusqu'à l'article L. 529-6 – dès lors qu'elles réalisent plus de 75 % de leur chiffre d'affaires au titre d'activités issues des produits de la vigne – que n'organisent pas non plus les seuls articles L. 665-1 à L. 665-9 dudit code comme y fait référence la mesure adoptée au Sénat, mais aussi tout le reste du chapitre V du titre VI de son livre VI.

Ses auteurs et les sénateurs ayant pris la parole pour soutenir l'amendement n° 1121 ont en particulier évoqué un soutien aux « caves coopératives ».

2. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose de supprimer l'article 9 *quinquies* A.

● Les preuves de l'attachement du rapporteur général au secteur agricole dans toute sa diversité et de sa conviction quant à l'efficacité du TO-DE sont nombreuses : il est d'ailleurs à l'origine de l'adoption par l'Assemblée nationale d'amendements dont résulte l'article 9 *quater* (*cf. supra*), lequel ouvre l'exonération à des entreprises, celles spécialisées dans les travaux forestiers (ETF), qui n'ont sinon pas le moyen d'être aidées dans leur embauche de saisonniers.

Mais tel n'est pas le cas des coopératives vinicoles, pour qui la disposition adoptée au Sénat est pour partie satisfaite et au surplus non nécessaire :

– s'il est certain qu'elles « *forment une catégorie spéciale de sociétés, distinctes des sociétés civiles et des sociétés commerciales* (1) [et] *ont la personnalité*

(1) Chapitre II du titre IX du livre III du code civil et titres I^er^ à III du livre II du code de commerce.

morale et la pleine capacité » [1], il est tout aussi évident qu'elles ont des associés, qu'ils soient « *coopérateurs* » [2] ou « *non-coopérateurs* » [3] ;

– or ces associés peuvent être « *toute personne physique ou morale ayant la qualité d'agriculteur ou de forestier dans la circonscription de la société coopérative agricole* » ou, par exemple, « *d'autres sociétés coopératives agricoles* » – catégorie dans laquelle entrent les coopératives d'utilisation de matériel agricole (Cuma) [4] auxquelles le TO-DE a précisément été étendu en 2025 [5] ;

– ainsi, il suffit à l'associé d'une coopérative dont plus de 75 % de l'activité est vinicole qui souhaite bénéficier de l'exonération pour un saisonnier, et l'on pense naturellement à un vendangeur, de l'embaucher lui-même, comme cela s'observe au demeurant chaque année dans des milliers d'exploitations ;

– les coopératives agricoles, surtout s'il s'agit comme le disaient les auteurs de l'amendement n° 1121 de celles qui gèrent une cave, ont plutôt un personnel permanent et ne participent pas au cycle primaire de la production animale et végétale qui constitue le fondement même de l'exonération dont il est question ; à ce propos, le rapporteur général relève qu'il a bien fallu, pour ouvrir le TO-DE aux coopératives de conditionnement des fruits et légumes, que le législateur admette que leurs tâches n'étaient que le prolongement de l'acte de production.

*

* *

Article 9 quinquies

Exclusion des dons en nature de produits agricoles de l'assiette sociale des exploitants

Origine de l'article : amendement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'amendement n° 886 de M. Guillaume Garot (groupe Socialistes et apparentés), adopté contre l'avis du rapporteur général et du

(1) Deuxième alinéa de l'article L. 521-1 du code rural et de la pêche maritime.

(2) Section 1 du chapitre II du titre II du code rural et de la pêche maritime.

(3) Section 2 du chapitre II du titre II du code rural et de la pêche maritime.

(4) Article L. 522-6 du code rural et de la pêche maritime.

(5) V de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction résultant de l'article 9 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Gouvernement. D'après son exposé sommaire, cet amendement visait à mettre en cohérence le régime social des dons en nature effectués par les non-salariés agricoles avec celui applicable aux dons en numéraire, qui « *contrairement aux dons en nature,* [seraient] *quant à eux exonérés de cotisations* » (1).

Cette intention se traduit par l'ajout, dans la définition de l'assiette des contributions sociales dues par les travailleurs indépendants agricoles qui figure à l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, d'un nouveau cas d'exclusion portant sur les dons de produits tirés des activités agricoles effectués à des associations habilitées à recevoir des contributions publiques destinées à la mise en œuvre de l'aide alimentaire.

● Il convient de rappeler que les dons effectués au profit de structures relevant du secteur non lucratif par les entreprises donnent lieu à une réduction d'impôt sur les sociétés ou d'impôt sur le revenu à hauteur de 60 % de la valeur du bien, dans la limite de 20 000 euros ou de 5 pour mille du chiffre d'affaires lorsque ce dernier montant est plus élevé (2). D'après la documentation budgétaire, le coût de ce dispositif atteindrait 1,73 milliard d'euros en 2026 (3).

Or, aux termes du 8 de l'article 238 *bis* du code général des impôts, les versements qui donnent lieu à cette réduction d'impôt ne sont pas déductibles pour la détermination du bénéfice imposable. Par conséquent, le montant des sommes versées ou, dans le cas des dons en nature, le montant correspondant au coût de revient des biens donnés sont intégrés au résultat comptable pris en compte pour la détermination de l'assiette de cotisations et contributions sociales, de sorte qu'il ne semble pas exister de différence de régime social selon la nature du don.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Suivant l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté l'amendement de suppression n° 608 déposé par la commission, qui s'est déclarée défavorable à la création de nouvelles exonérations et exemptions d'assiette (4).

3. La position du rapporteur général

Au bénéfice des observations formulées ci-dessus, le rapporteur général propose de ne pas rétablir cet article qui introduirait une différence de régime social en fonction de la nature du don.

---

(1) Exposé sommaire de l'amendement n° 886.

(2) Article 238 bis *du code général des impôts.*

(3) Projet de loi de finances pour 2026, Évaluation des voies et moyens, tome II, p. 25.

(4) « La commission considère, au regard de la situation des comptes sociaux, qu'il n'est pas opportun de créer une nouvelle niche sociale. De plus, le dispositif ne prévoit aucun plafond à l'exemption *» (exposé sommaire de l'amendement n° 608).*

*
* *

Article 9 sexies *A (nouveau)*
Précision concernant les recettes accessoires et les plus-values d'apport prises en compte dans l'assiette sociale des non-salariés agricoles

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat en première lecture.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article est issu de l'amendement n° 394 rect. *ter* de M. Franck Menonville et plusieurs de ses collègues des groupes Union Centriste et Les Républicains, à propos duquel la commission a sollicité l'avis du Gouvernement, qui s'y est déclaré favorable sous réserve d'ajustements rédactionnels aux étapes ultérieures de la navette [(1)].

D'après son exposé sommaire, cet amendement visait à corriger la nouvelle définition de l'assiette des contributions sociales des non-salariés agricoles, qui figure à l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, au motif que celle-ci « *n'apporte*[rait] *aucune précision s'agissant du dispositif fiscal de rattachement des recettes accessoires aux bénéfices agricoles* [prévu par l'article 75 du code général des impôts] *et n'intègre*[rait] *pas non plus, au plan social, les modalités d'imposition des plus-values d'apport* » définies à l'article 151 *octies* du même code.

Toutefois, l'article restreint en réalité la liste des modalités particulières de calcul du résultat imposable prises en compte pour déterminer l'assiette sociale des travailleurs indépendants agricoles. Cette modification aurait pour conséquence de rendre inapplicables à cette assiette les dispositifs fiscaux définis aux articles 72 E *bis* à 73 E du code général des impôts, dont la déduction pour épargne de précaution de précaution, prévue à l'article 73 du même code, ou encore la provision pour vaches allaitantes ou laitières définie à l'article 73 A dudit code.

Indépendamment de cette apparente erreur matérielle, l'article 9 *sexies* A étend à l'assiette sociale des non-salariés agricoles le régime fiscal des plus-values d'apport et des revenus tirés d'activités accessoires.

---

(1) Le ministre du travail et des solidarités a indiqué que « le Gouvernement approuve l'intention *[des auteurs de l'amendement]* – maintenir les exclusions existantes en matière de plus-value de court terme – des auteurs de cet amendement. Toutefois, il faudrait en affiner la rédaction, qui ne nous paraît pas adéquate *» (compte rendu intégral de la séance du vendredi 21 novembre 2025).*

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article moyennant la correction de l'erreur matérielle précitée.

*
* *

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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Les dispositions ont été intégrées en séance par l'amendement n° 387 rect. *quater* de M. Franck Menonville et plusieurs de ses collègues des groupes Union Centriste, Les Républicains et Les Indépendants - République et Territoires. Il a donné lieu à un double avis favorable du Gouvernement et de la commission. L'amendement visait à exclure de l'assiette des cotisations de sécurité sociale des non-salariés agricoles les rentes versées au titre de l'indemnisation des maladies professionnelles et accidents de travail ou en réparation des maladies causées par des pesticides.

Plus spécifiquement, l'article ainsi créé harmonise le régime social et fiscal applicable à ces revenus de remplacement en cohérence avec la réforme conduite par l'article 18 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

2. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général ne peut que se satisfaire de l'adoption d'une disposition qui réalise une coordination avec une loi de financement antérieure. Au surplus, il relève que cet article, pour lequel il propose à l'Assemblée nationale une adoption dans les mêmes termes, va dans le sens d'une indemnisation renforcée – les versements étant exonérés de prélèvements sociaux – des non-salariés agricoles victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

*
* *

Article 9 sexies *C (nouveau)*
Maintien du bénéfice de l'exonération de cotisations pour les exploitations agricoles ultramarines de plus de 40 hectares pondérés

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, de l'amendement n° 229 rect. *bis* de Mme Viviane Malet et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

● Il modifie le dernier alinéa de l'article L. 781-6 du code rural et de la pêche maritime pour supprimer les trois conditions restrictives au maintien de l'exonération des cotisations pour les branches maladie, vieillesse et famille dont bénéficient les exploitants agricoles de Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Mayotte, Saint-Barthélemy et Saint-Martin exerçant sur des parcelles de moins de 40 hectares pondérés dans le cas où ce seuil est dépassé, à savoir :

– que la conservation de l'avantage vaut si le dépassement ne se constate qu'au cours d'une seule année civile ;

– que ce dépassement doit avoir eu pour cause une diversification (mise en place d'autres productions que la canne à sucre et la banane, etc.) ou la mise en valeur de terres incultes, laissées à l'abandon ou insuffisamment exploitées ;

– que le maintien n'est octroyé que pour cinq ans.

2. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose de supprimer l'article 9 *sexies* C.

● S'il est très sensible au traitement juste des entreprises ultramarines compte tenu de leurs difficultés structurelles et conjoncturelles et s'il entend l'alerte émise chaque année par les parlementaires ultramarins sur la possibilité que certains agriculteurs hésitent ou renoncent à augmenter la surface de leur ferme par crainte de perdre plus sans exonération que ce qu'ils gagneraient en production, le rapporteur général ne soutient pas le maintien de l'allégement malgré le franchissement du seuil et le déplafonnement de ce maintien.

À ses yeux, il faut préserver l'exigence de diversification, car c'est elle qui tirera les revenus des agriculteurs et, partant des territoires ultramarins, vers le haut et renforcera l'autonomie de notre pays. La diversification est d'ailleurs largement subventionnée par le ministère chargé de l'agriculture et cela est heureux.

Le bornage à cinq ans doit également demeurer car, dans ce délai, l'entrepreneur doit avoir réussi dans la majorité des cas à trouver un modèle économique beaucoup plus solide, de sorte que si tel n'est pas le cas ce n'est peut-être pas l'assujettissement aux cotisations agricoles qui pose problème.

En revanche, le rapporteur général estime qu'une façon de faire autre que celle suggérée par l'article 9 *sexies* C serait plus pertinente, car il faut rappeler que les hectares mentionnés par l'article L. 781-6 du code rural et de la pêche maritime sont pondérés ; or les coefficients paraissent trop exigeants. Par exemple, ils étaient en 2024, pour La Réunion, de 4 pour la banane (donc 10 hectares réels), 8 pour le maraîchage de plein champ, 10 pour la vanille sur tuteur, 10 pour les ananas ou les fraises, 20 pour le safran ou le gingembre, etc. [(1)]

C'est donc plutôt sur ces multiplicateurs qu'il faut travailler : évidemment, leurs valeurs sont réglementaires mais comme l'a indiqué le rapporteur général dès la première lecture à l'Assemblée nationale, il est prêt à appuyer les démarches de ses collègues auprès de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et des ministères chargés de l'outre-mer et de l'agriculture [(2)].

Enfin, il faut rappeler que 98 % des exploitants ultramarins ont une entreprise dont les caractéristiques la font bénéficier de l'allégement intégral.

*

* *

(1) Arrêté du 3 juin 1985 fixant pour le département de La Réunion les coefficients affectés aux superficies des exploitations agricoles pour l'application des dispositions relatives au régime d'allocations familiales des exploitants agricoles dans les départements d'outre-mer.

(2) Assemblée nationale, compte rendu de la deuxième séance publique du 7 novembre 2025.

Article 9 sexies

Extension du dispositif « Lodeom » aux chambres de commerce et d'industrie et aux chambres d'agriculture des départements et régions d'outre-mer pour leurs activités de nature industrielle et commerciale

Origine de l'article : amendement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'amendement n° 1977 de Mme Béatrice Bellay (groupe Socialistes et apparentés), adopté contre l'avis du rapporteur général de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Alors que le I de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale réserve aux employeurs du secteur privé [(1)] le bénéfice du dispositif spécifique d'exonération de cotisations patronales applicable en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion (dit « Lodeom Drom »), l'article 9 *sexies* vise à en étendre le champ d'application :

– aux chambres d'agriculture « *pour leurs seules activités industrielles et commerciales mentionnées à l'article L. 514-4 du code rural et de la pêche maritime* », lequel prévoit que les agents de ces établissements publics qui sont « *affectés à des services dont l'activité est principalement de nature industrielle et commerciale* » relèvent d'une situation contractuelle de droit privé ;

– aux chambres de commerce et d'industrie territoriales, également au titre, semble-t-il, de ces seules activités, l'intégration au régime d'exonération étant limitée aux chambres de commerce et d'industrie (CCI) « *mentionnées au 4° de l'article L. 711-3 du code de commerce* », lequel prévoit que ces établissements publics « *recrutent et gèrent les personnels de droit privé et, le cas échéant, gèrent les personnels de droit public nécessaires au bon accomplissement des services publics industriels et commerciaux, notamment en matière d'infrastructures portuaires et aéroportuaires* », qui leur ont été confiés avant la publication de la loi dite « Pacte » [(2)].

● Le Gouvernement a conservé cet article dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2 de la Constitution.

---

(1) L'exclusion prévue par l'article L. 752-3-2 porte plus précisément sur les entreprises publiques et les établissements publics à caractère administratif, à caractère industriel et commercial ou assurant à la fois une mission de service public à caractère administratif et à caractère industriel et commercial.

(2) Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Suivant l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté l'amendement de suppression n° 610 de la commission.

3. La position du rapporteur général

● Si le rapporteur général comprend l'objectif poursuivi par l'amendement dont cet article est issu, la disposition insérée par l'Assemblée nationale lui paraît comporter plusieurs écueils.

En premier lieu, il convient de relever que, si l'article 6 *sexies* fait référence aux « activités » industrielles et commerciales des chambres consulaires, l'éligibilité à l'exonération Lodeom s'apprécie à l'échelle de chaque salarié. Or, comme l'avait souligné un rapport parlementaire relatif aux chambres d'agriculture et à leur financement, « *des confusions peuvent se faire jour : un même agent peut, au cours d'une même journée voire sur un même dossier, conduire à la fois des activités de droit public fournies à titre gratuit et d'autres qui donnent lieu à rémunération* » [(1)]. Dès lors, il pourrait se révéler difficile de faire le départ, parmi les activités d'un même agent, entre celles entrant dans le champ de la dérogation prévue par cet article et celles ne pouvant donner lieu à une exonération de cotisations sociales.

En outre, il n'est pas certain que l'élargissement du bénéfice de l'exonération Lodeom à deux catégories particulières d'établissements publics exerçant une activité de nature industrielle et commerciale, à l'exclusion d'autres organismes publics exerçant des missions de ce type, soit conforme aux principes d'égalité devant la loi et d'égalité devant les charges publiques [(2)]. Au-delà du risque de non-conformité à la Constitution, le dispositif introduit une exception au principe général suivant lequel les établissements publics ne relevant pas du même régime de prélèvement que les employeurs du secteur privé, ils ne sauraient bénéficier des exonérations de cotisations sociales applicables à ces derniers.

Dans ces conditions, le rapporteur général estime que le soutien aux chambres consulaires devrait reposer sur d'autres instruments, en jouant sur le

---

(1) Rapport n° 3702 (XV^e législature) déposé par la mission d'information commune relative aux chambres d'agriculture et à leur financement, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 16 décembre 2020, p. 83.

(2) À titre de comparaison, dans une décision relative à l'exonération en faveur des employeurs d'aides à domicile, le Conseil constitutionnel avait jugé que l'application de ce dispositif aux seuls centres communaux et intercommunaux d'action sociale, à l'exclusion des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) présentant un objet proche – tels que les syndicats intercommunaux à vocation multiple – ne méconnaissait pas le principe d'égalité devant la loi compte tenu de la spécialisation de ces centres en matière d'aide sociale. La différence de traitement instaurée par le législateur était donc en rapport avec l'objectif poursuivi, à savoir le développement de « la coopération intercommunale spécialisée *» en cette matière (*cf. *décision n° 2011-158 QPC du 5 août 2011,* Syndicat intercommunal à vocation multiple de la Communauté du Bruaysis*, cons. 4). En première analyse, l'élargissement du dispositif Lodeom à certaines catégories d'établissements publics ne semble pas suffisamment motivé pour justifier la différence de traitement qu'induirait sa mise en œuvre vis-à-vis d'autres organismes publics.*

montant des subventions qui leur sont versées ou sur le niveau de la fiscalité dont elles sont affectataires.

● Compte tenu de ces éléments, le rapporteur général approuve la suppression de cet article effectuée par le Sénat.

Article 9 septies

Rétablissement de l'exonération de contributions patronales « non-Enim » pour l'ensemble des navires soumis à la concurrence internationale

Origine de l'article : amendement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'amendement n° 388 de M. Didier Le Gac et plusieurs de ses collègues des groupes Ensemble pour la République, Les Démocrates et Horizons & Indépendants, adopté contre l'avis du rapporteur général de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Depuis 2005 (1), les entreprises d'armement maritime dont les équipages sont affiliés au régime spécial de retraite des marins bénéficient, sous certaines conditions (*cf. infra*), d'une exonération des cotisations employeur maladie et vieillesse, dites « charges Enim ».

Les navires de passagers bénéficiaient initialement d'exonération plus large que celles applicables aux autres navires de commerce, car ils faisaient aussi l'objet d'exonérations de cotisations employeur d'allocations familiales et d'assurance chômage, dites « charges non-Enim » (2). Puis, la loi du 16 juin 2016 pour l'économie bleue a étendu le champ d'application de ce dispositif aux navires de transport et de services maritimes (3). En conséquence, le taux des cotisations patronales dues par les bénéficiaires de ce dispositif est nul, soit une situation de « *net wage* » – ou salaire net –, suivant la terminologie en usage dans le secteur maritime.

Cette exonération s'applique aux navires précités qui sont à la fois :

– dirigés et contrôlés à partir d'un établissement stable situé sur le territoire français, battant pavillon français ou d'un autre État membre de l'Union européenne,

(1) Loi n° 2005-412 du 3 mai 2005 relative à la création du registre international français.

(2) Article 137 de la loi n° 2006-1666 du 21 décembre 2006 de finances pour 2007. Cette exonération est codifiée à l'article L. 5553-11 du code des transports.

(3) Loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue, dite « loi Leroy ».

d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ;

– affectés à des activités de transport ou à des activités de services maritimes relevant des orientations de l'Union européenne sur les aides d'État au transport maritime et soumises à titre principal à une concurrence internationale. Cette dernière condition est appréciée par les services de l'État, qui établissent la liste des entreprises entrant dans le champ d'application du dispositif et accordent le bénéfice de cette exonération [(1)].

En outre, le bénéfice de cette exonération est conditionné au fait qu'au moins un quart des membres de l'équipage sont des ressortissants de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 prévoyait de réserver ce dispositif aux seuls navires de passagers, c'est-à-dire à ceux relevant du champ d'application de cette exonération antérieure à l'élargissement de celle-ci effectué en 2016, pour une économie estimée à 20 millions d'euros. Durant la réunion de la commission mixte paritaire puis à la faveur de la nouvelle lecture, les câbliers et les navires de service consacrés aux énergies marines renouvelables ont été préservés de ce resserrement.

● L'article 9 *septies* propose de redonner aux exonérations « non-Enim » le champ d'application qui était le leur jusqu'à l'entrée en vigueur de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Il rétablit à cet effet l'ancienne rédaction de l'article L. 5553-11 du code des transports, qui définit les exonérations de charges sociales accordées aux entreprises d'armement maritime soumises à la concurrence internationale. Le coût de cette mesure peut être évalué à 15 millions d'euros.

● Le Gouvernement a conservé cet article dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2 de la Constitution.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Suivant l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté les amendements de suppression n° 610 de la commission et n° 1005 de Mme Raymonde Poncet Monge et des membres du groupes Écologiste - Solidarités et Territoires.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général relève que la Cour des comptes avait jugé que le dispositif de soutien aux navires exposés à la concurrence internationale, dans sa forme antérieure à la réforme mise en œuvre par la dernière loi de financement de la

(1) Article 11 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

sécurité sociale, était « *mal calibré* » (1). Elle notait en particulier que, s'agissant du transport de marchandises ou des flottes de travaux, « [l'incidence] *de l'exonération* [semblait] *limité*[e] *voire inexistant*[e], *au regard de la très faible part représentée par les salaires dans les coûts d'exploitation de ces navires* » (2). Il en va différemment des navires de passagers, qui emploient une main-d'œuvre à la fois plus nombreuse et moins qualifiée.

L'évaluation préalable de l'article 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 soulignait d'autre part que les marins employés sur des navires de fret perçoivent des rémunérations comprises entre 2,5 et 4 fois le Smic, soit des niveaux auxquels la concurrence internationale repose davantage sur le niveau de qualification des salariés ou le savoir-faire propre à certaines entreprises que sur le coût du travail.

Par ailleurs, les cotisations dues par les armateurs s'appliquent, dans le secteur du commerce, à une assiette forfaitaire inférieure aux rémunérations brutes des salariés, ce qui limite la contribution des dispositifs d'exonération à la réduction du taux effectif de cotisations (3).

En outre, le compromis noué lors de la commission mixte paritaire et confirmé lors de l'examen en nouvelle lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 avait permis de maintenir dans le périmètre de cette exonération certains navires relevant de secteurs stratégiques.

● Compte tenu de ces éléments, le rapporteur général approuve la suppression de cet article effectuée par le Sénat.

*

* *

(1) Cf. L'Établissement national des invalides de la marine, exercices 2016 à 2021*, janvier 2023, pp. 16-17.*

(2) Ibid.

(3) Dans le rapport précité, la Cour des comptes précise que selon les chiffrages de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, les rémunérations brutes dans le secteur du commerce constituaient une assiette de l'ordre de 650 millions d'euros en 2021, soit un montant 2,5 fois plus élevé que celui de l'assiette forfaitaire pour ce secteur, qui était de 253 millions d'euros.

Article 9 octies *(nouveau)*

Exclusion de l'assiette des cotisations sociales des dépenses supportées par les employeurs d'aides à domicile à raison de la mise à disposition de véhicules à ces salariés

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat en première lecture.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Cet article est issu des amendements identiques n° 340 rect. de Mme Laurence Muller-Bronn et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, n° 764 rect. de Mme Brigitte Bourguignon et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste et n° 949 de Mme Raymonde Poncet Monge et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, modifiés par le sous-amendement n° 1868 de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales. Le Gouvernement s'est initialement déclaré défavorable aux amendements avant d'émettre un avis favorable sur le sous-amendement, sans toutefois lever le gage.

L'article 9 *octies* complète le II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, qui exclut certaines sommes de l'assiette des cotisations sociales définie par son I, pour en retrancher « *les dépenses supportées par l'employeur s'agissant des véhicules terrestres motorisés quels que soient leurs nature et qualification, mis à la disposition des salariés tels que définis à l'article L. 241-10* [du même code] *sur les aides à domicile* ». L'article L. 241-10 précité définit les exonérations dégressives et la déduction forfaitaire de cotisations patronales applicables à la rémunération des personnes intervenant comme aide à domicile auprès d'une personne fragile, qui sont employées par un particulier, par une association ou par une entreprise.

Le sous-amendement précité de la rapporteure générale a précisé que cette nouvelle exemption s'appliquerait à la mise à disposition de véhicules à ces salariés « *dans leurs déplacements professionnels* », et renvoyé à un décret la définition des conditions de mise en œuvre de cette mesure.

2. La position du rapporteur général

Il ressort des délibérations du Sénat que cet article visait à permettre aux aides à domicile de conserver leur véhicule de service à l'issue de leurs heures de travail, sans toutefois que la mise à disposition prolongée de celui-ci soit requalifiée comme un avantage en nature soumis à cotisations.

L'objectif était que ces salariés puissent consacrer à l'accompagnement des personnes auprès desquelles elles interviennent le temps qu'ils occupent à effectuer les trajets nécessaires à la restitution du véhicule mis à leur disposition par leur

employeur, à la récupération de leur véhicule personnel et au retour à leur domicile [(1)].

La définition dans la doctrine administrative des avantages en nature liés à la mise à disposition d'un véhicule par l'employeur

1) L'utilisation privée d'un véhicule mis à disposition du salarié de façon permanente constitue un avantage en nature, qu'il s'agisse d'un véhicule dont l'employeur est propriétaire ou locataire, ou d'un véhicule dont l'employeur acquiert la propriété dans le cadre d'une location avec option d'achat.

2) Il y a mise à disposition à titre permanent du véhicule chaque fois que les circonstances de fait permettent au salarié d'utiliser à titre privé – et donc en dehors du temps de travail – un véhicule professionnel. On considère qu'il y a mise à disposition permanente lorsque le salarié n'est pas tenu de restituer le véhicule en dehors de ses périodes de travail, notamment en fin de semaine (samedi et dimanche) ou pendant ses périodes de congés.

3) Il n'y a pas d'avantage en nature lorsque le salarié est tenu de restituer à l'employeur le véhicule lors de chaque repos hebdomadaire et durant les périodes de congés. De même, lorsque le salarié dispose en permanence d'un véhicule mais a l'interdiction de l'utiliser pendant le repos hebdomadaire et durant les périodes de congés payés, il n'y a pas lieu de procéder à l'évaluation d'un avantage en nature. Toutefois, cette interdiction doit être notifiée par écrit (règlement intérieur, circulaire professionnelle, courrier papier ou électronique de la direction). Lorsque l'interdiction d'utiliser le véhicule pendant le repos hebdomadaire est notifiée par écrit, l'employeur n'a pas non plus à comptabiliser un avantage en nature au regard de la carte de carburant de l'entreprise.

4) Lorsque le salarié est tenu de restituer le véhicule durant le repos hebdomadaire et les congés mais qu'il dispose néanmoins d'un véhicule de l'entreprise pour effectuer les trajets entre son domicile et son lieu de travail, il n'y a pas lieu de considérer qu'il y a un avantage en nature lorsqu'il est démontré que l'utilisation du véhicule est nécessaire à l'activité professionnelle. Par ailleurs, l'employeur doit démontrer que le salarié ne peut pas utiliser les transports en commun soit parce que le trajet domicile-lieu de travail n'est pas desservi ou est mal desservi, soit en raison de conditions ou d'horaires particuliers de travail.

5) Lorsque le véhicule est mis à disposition par l'employeur auprès de plusieurs salariés et que l'employeur indique sur un document que ce véhicule est utilisé pour un usage uniquement professionnel, aucun avantage en nature ne doit être décompté. Il en est de même pour la carte de carburant appartenant à l'entreprise.

Source : Bulletin officiel de la sécurité sociale*, section 1 du chapitre 4 de la page relative aux avantages en nature, paragraphes 540 à 570.*

(1) Mme Raymonde Poncet Monge, première signataire de l'un de ces amendements, a par exemple indiqué que « l'objectif *[était]* de supprimer des temps improductifs rémunérés au profit de temps d'intervention, eux aussi rémunérés *». M. Daniel Chasseing a souligné que dans les territoires ruraux en particulier «* les lieux d'intervention à domicile sont parfois à une très grande distance du siège de la structure ; le soir, lors de la dernière intervention, le salarié peut donc s'en trouver très éloigné. Il apparaît totalement anormal qu'il soit contraint de ramener le véhicule, alors que celui-ci ne sera pas utilisé durant la nuit, par exemple *» (compte rendu de la séance du 21 novembre 2025).*

La portée de la disposition paraît toutefois incertaine dans la mesure où la précision introduite par le sous-amendement précité, en limitant le champ de l'exemption d'assiette à la mise à disposition d'un véhicule durant les « *trajets professionnels* », semble aligner le champ de la mesure sur la définition des véhicules de service. Or la mise à disposition de ces derniers, qui se distinguent des véhicules de fonction dans la mesure où leur utilisation est en principe limitée aux périodes de travail, n'est pas considérée comme un avantage en nature [(1)]. C'est d'ailleurs au nom du maintien de la distinction entre les véhicules de service et de fonction que des amendements qui visaient à exclure de l'assiette des cotisations la mise à disposition permanente d'un véhicule aux aides à domicile ont pu être rejetés par le passé, y compris au Sénat [(2)].

Les situations évoquées lors de l'examen en séance publique semblent en tout état de cause couvertes par la doctrine administrative applicable aux avantages en nature, qui prévoit que « *lorsque le salarié dispose en permanence d'un véhicule mais a l'interdiction de l'utiliser pendant le repos hebdomadaire et durant les périodes de congés payés, il n'y a pas lieu de procéder à l'évaluation d'un avantage en nature* », dès lors que cette interdiction lui est notifiée par écrit (*cf.* l'encadré *infra*).

● Par ailleurs, le rapporteur général note que l'article 20 du 8 avril 2024 dite « bien-vieillir » a prévu le versement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), aux départements et collectivités territoriales uniques, d'une aide financière annuelle afin de contribuer au financement de la mobilité des professionnels assurant des prestations d'aide et d'accompagnement dans les services d'autonomie à domicile (SAD) [(3)].

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il propose de supprimer cet article.

*

* *

(1) Cf. *l'encadré* infra.

(2) Sur ce point, cf. *notamment les débats concernant l'amendement n° 342 rect. lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, compte rendu intégral de la séance du 19 novembre 2024.*

(3) Article 20 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie.

Article 10
Simplifier la régulation du secteur des médicaments

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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, lesquels ont fait ou font à la date de la rédaction du présent rapport l'objet 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, de « corde de rappel », 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 généraient des recettes, d'ailleurs plafonnées à 1,6 milliard d'euros, dans ceux de la nouvelle part supplémentaire d'une contribution existante sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques, ce qui permet pour cette part un versement suivant un acompte de 95 %, déjà en vigueur pour les deux parts actuelles.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu :

– les amendements rédactionnels n^{os} 2235, 2236, 2313, 2237, 2316, 2312 et 2314 du rapporteur général, adoptés suivant l'avis du Gouvernement ;

– l'amendement n° 1388 de Mme Christine Pirès Beaune et les membres du groupe Socialistes et apparentés, excluant de l'assiette de la nouvelle part supplémentaire de la contribution sur le chiffre d'affaires celui tiré des médicaments génériques, hybrides, biologiques similaires, remboursés suivant un tarif forfaitaire de responsabilité ou dont le prix est inférieur à un seul fixé par décret (ce périmètre se rapprochant de celui mentionné à l'article 10 *bis* commenté *infra*, sans coïncider avec lui), adopté contre l'avis du rapporteur général et du Gouvernement ;

– l'amendement n° 371 de Mme Karine Lebon et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine, rendant obligatoire la taxation d'office par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) si la déclaration est manifestement erronée, adopté contre l'avis du rapporteur général et du Gouvernement ;

– l'amendement n° 777 de M. Michel Lauzzana et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République, créant pour la clause de sauvegarde au titre de 2026 un plafond à 1,75 % du chiffre d'affaires tiré des médicaments génériques, remboursés suivant un tarif de responsabilité ou dont le prix est inférieur à un seul fixé par décret, adopté contre l'avis du rapporteur général et du Gouvernement.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté les amendements n° 1861, n° 514, n° 160, n° 613 rect. et n° 925 rect. *bis*.

● Le Sénat a adopté, suivant l'avis de la rapporteure générale à titre personnel, l'amendement n° 1861 du Gouvernement, que ce dernier a présenté par la voix de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées comme un « *compromis* [issu d'une] *discussion avec les parlementaires – députés et sénateurs – et les acteurs* [sic] », par quoi il faudrait certainement entendre les industriels [(1)]. Le rapporteur général indique d'abord qu'il ignore si effectivement des députés ont été associés au travail du Gouvernement sur l'article 10 mais que tel n'est pas le cas pour lui-même.

Dix modifications sont opérées par l'amendement de l'exécutif :

– il complète l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale par un III pour exclure de l'assiette de la clause de sauvegarde tant les spécialités génériques que les spécialités de référence dont la base de remboursement des frais exposés par les assurés est limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité ou dont le prix est identique à celui des spécialités génériques figurant dans le même groupe générique, ce qui est équivalent à une intégration de l'alinéa 3 de l'article 10 *bis* dans l'article 10 (qu'un amendement de la rapporteure générale a par ailleurs intégralement supprimé) ;

– il remplace la rédaction du V de l'article L. 138-12 du même code, relatif au plafonnement de la clause de sauvegarde, de sorte qu'il ait le même taux que celui fixé par le futur D du futur III de l'article L. 246-6 dudit code, donc 10 % du chiffre d'affaires après déduction des remises conventionnelles ou d'accès direct ;

– il exclut de la nouvelle part supplémentaire de cette dernière contribution (celle qui accueillerait en somme le rendement permanent de la clause de sauvegarde) les génériques et les spécialités de référence dont la base de remboursement est

(1) Sénat, compte rendu de la deuxième séance publique du 21 novembre 2025.

limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité ou dont le prix est identique à celui des spécialités génériques figurant dans le même groupe générique, c'est-à-dire qu'il fait une rédaction du futur A *bis* du même III moins large que l'amendement n° 1388 adopté à l'Assemblée nationale (*cf. supra*), qui visait aussi, entre autres, les hybrides et les biosimilaires ;

– il dispose que l'assiette de la part supplémentaire (une coordination étant faite avec la modification précédente) sera le chiffre d'affaires « *minoré* [des remises conventionnelles] *à l'exclusion de toutes autres* » alors que la version initiale, non-amendée à l'Assemblée nationale, prévoyait un chiffre d'affaires « *sans déduction* [des remises conventionnelles] *ni de toutes autres* », ce qui fait droit à la volonté des grands laboratoires d'avoir la base la plus nette, donc la plus petite, possible ;

– il crée un taux différencié (en plus de celui déjà prévu pour les génériques) pour les entreprises au chiffre d'affaires inférieur à 50 millions d'euros ;

– il prévoit que le plafonnement de 10 % susmentionné s'applique au total dû par chaque entreprise redevable au titre à la fois de la part supplémentaire et de la clause de sauvegarde (mais sans exclusion du chiffre d'affaires tiré des spécialités concernées par la nouvelle rédaction du futur A *bis* du III de l'article L. 245-6 sur les génériques et spécialités ayant un tarif forfaitaire de responsabilité) ;

– il indique que seuls les 1° et 2° du I de l'article 10 (donc les modifications à deux articles codifiés sur la clause de sauvegarde au sens le plus strict, à l'exclusion des modifications paramétriques pour 2025 et 2026 qui ne sont pas codifiées) doivent s'appliquer aux sommes dues au titre de 2025, tandis que les autres items voient leur première application décalée à celles dues pour 2026 ;

– il supprime l'alinéa qui relevait le montant M pour 2025, donc le laisse fixé à 27,25 milliards d'euros, mais le rapporteur général souligne qu'il ne peut vérifier si cela garantit, compte tenu de la toute première modification faite par l'amendement du Gouvernement (exclusion des génériques et spécialités sous tarif forfaitaire de responsabilité), l'absence de déclenchement de la clause cette année ;

– il supprime les alinéas correspondant à l'amendement n° 777 adopté par l'Assemblée nationale, le plafonnement ponctuel à 1,75 % pour les seuls génériques ou spécialités au tarif de responsabilité n'ayant plus lieu d'être une fois écarté à titre permanent leur assujettissement ;

– il fixe les taux de base et différencié de la nouvelle part supplémentaire pour 2026 à respectivement 6,45 % et 4,01 %, alors que la version de départ prévoyait aussi des taux pour 2025 et que ceux pour 2026 étaient de 4,01 % et 1,65 %, ce que le rapporteur général aura la courtoisie de ne pas commenter à ce stade dès lors que l'exposé sommaire de l'amendement n° 1861 avance que « *les taux de contribution devront être ajustés ultérieurement dans la navette parlementaire pour garantir le rendement attendu de 1,6 milliard d'euros pour 2026* ».

● Le Sénat a par ailleurs adopté :

– contre l'avis de la commission et du Gouvernement, l'amendement n° 514 de M. Khalifé Khalifé (apparenté au groupe Les Républicains), abrogeant le 6° du II de l'article L. 138-10, précité, du code de la sécurité sociale, donc excluant de la clause de sauvegarde les médicaments acquis par l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France) ;

– contre l'avis de la commission et du Gouvernement, l'amendement n° 160 rect. de M. Stéphane Piednoir et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, excluant cette fois de la nouvelle part supplémentaire de la contribution sur le chiffre d'affaires prévue à l'article L. 245-6 du même code ces mêmes médicaments acquis par Santé publique France ;

– contre l'avis du Gouvernement, l'amendement n° 613 rect. (la rectification tenant compte de ce que plusieurs alinéas de l'amendement de départ n'avaient plus d'objet compte tenu de l'adoption de l'amendement n° 1861) de la rapporteure générale, relevant de 2,19 à 2,29 milliards d'euros le seuil Z (dispositifs médicaux) pour 2026, dont l'exposé indique qu'il « *reprend un amendement présenté par Thibault Bazin, rapporteur général à l'Assemblée nationale, visant à augmenter le seuil du montant Z afin de limiter les risques de déclenchement de la clause dans de trop grandes proportions ; en effet, son déclenchement plus que probable au regard des montants prévus porte un risque pour les industriels du secteur et envoie un signal négatif en faveur de l'innovation ; en cas de déclenchement de la clause de sauvegarde, environ 50 % de la charge pourrait peser sur des TPE/PME* » ;

– la commission ayant demandé son retrait et contre l'avis du Gouvernement, l'amendement n° 925 rect. *bis*. de Mme Pascale Gruny et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, excluant les médicaments dits matures, ou plus exactement les « *spécialités de référence au sens de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et les spécialités autorisées sur la base d'un usage médical bien établi, au sens de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001, dont le principe actif n'est plus breveté* » de la part de base (la première des deux qui existent déjà) de la contribution sur le chiffre d'affaires.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose de revenir sur l'exclusion des achats de Santé publique France et de relever M et Z dans une proportion à propos de laquelle il est naturellement prêt à continuer sa discussion avec le Gouvernement.

● Le rapporteur général souligne, d'une part, qu'il avait lui-même suggéré dans le passé que la clause de sauvegarde, lorsqu'elle est due, soit payée grâce à un acompte et, d'autre part, que toutes choses égales par ailleurs l'assiette et le taux qui sont retenus par l'article 10 pour la nouvelle part supplémentaire profiteront aux producteurs de spécialités génériques, hybrides et biosimilaires.

Aussi déplore-t-il au sujet des modifications faites par l'exécutif :

– s'agissant de la clause de sauvegarde :

* l'exonération des génériques et des spécialités au tarif de responsabilité, qui par un effet de vases communicants conduira à un renchérissement pour les autres médicaments (la clause étant un impôt collectif alors que la contribution relevant de l'article L. 245-6 étant plus individualisée) ;

* la fixation (en fait le maintien) de M à un niveau semblant trop bas ;

– s'agissant de la part supplémentaire :

* le décalage d'un an d'une réforme qui, par le biais d'un acompte de 95 %, aurait été très intéressante pour les organismes de recouvrement (le manque à gagner en termes de trésorerie ne lui a pas été communiqué) que pour les redevables ;

* la fixation de taux de base et différencié sans explication (et même avec l'aveu d'une improvisation).

Quant aux changements résultant d'amendements sénatoriaux :

– l'exclusion des médicaments achetés par Santé publique France pour la constitution de stocks stratégiques ne semble pas pertinente pour trois raisons :

* d'abord, Santé publique France paie pour ses achats, donc ce n'est pas une réquisition et il en résulte un chiffre d'affaires parfaitement normal ;

* ensuite, le marché concerné des achats stratégiques est, par nature, marqué par des barrières fortes à l'entrée et un niveau élevé de concentration, comme l'a noté la directrice générale de Santé publique France, devant la commission d'enquête sénatoriale sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique française [(1)]. De ce fait et compte tenu d'une nécessité de disponibilité rapide de ces types de production, les industriels concernés bénéficient d'une prime à la vente supérieure à celle d'entreprises opérant sur des marchés moins stratégiques, laquelle est renforcée en situation de crise, ainsi que l'a démontré l'exemple des équipements de protection lors de la crise du covid-19 ;

* enfin, même dans le cas où Santé publique France renoncerait à ses achats, les industriels pharmaceutiques sont rémunérés pour l'immobilisation de capacités de production spécifiques qui seraient utilisées en cas de crise sanitaire, et si la crise n'intervient pas, ils ont moins de consommations intermédiaires à payer.

– le rapporteur général se félicite naturellement que son homologue ait repris un amendement qu'il avait déposé à l'Assemblée nationale pour relever Z ;

---

(1) Tome II du rapport n° 828 (2022-2023) de Mme Laurence Cohen, enregistré à la présidence du Sénat le 4 juillet 2023 (pp. 273-287).

– le rapporteur général entend le souhait du Sénat de préserver les spécialités matures, mais il lui semble :

* d'une part, que les questions de propriété intellectuelle doivent se traiter ailleurs que dans le budget de la sécurité sociale ;

* d'autre part, qu'il y avait pour aller dans ce sens une solution, qui consistait à ne pas transformer l'assiette d'un chiffre d'affaires brut en un chiffre d'affaires net comme l'a pourtant impliqué l'amendement du Gouvernement.

*
* *

Article 10 bis *A (nouveau)*
Création d'une taxe à la charge des entreprises pharmaceutiques retardant l'entrée sur le marché d'un médicament générique

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, de l'amendement n° 1694 de M. Serge Mérillou et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Il crée un article L. 138-10-1 du code de la sécurité sociale aux termes duquel serait instituée au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) une taxe de 3 % – voire de 5 % en cas de « *récidive* » – sur le chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France par les exploitants de spécialités pharmaceutiques qui « *retardent l'entrée effective sur le marché d'un médicament générique plus de douze mois après la date d'expiration du brevet initial ou du certificat complémentaire de protection* » (au titre des ventes de la spécialité concernée).

À cette fin, une présomption qualifierait de retard les « *pratiques consistant à maintenir artificiellement l'exclusivité commerciale d'un médicament par le dépôt d'un ou plusieurs brevets portant sur des formes galéniques, dosages, associations de principes actifs ou procédés n'apportant pas d'amélioration du service médical rendu ou toute action judiciaire ou administrative manifestement dilatoire visant à empêcher ou retarder l'autorisation de mise sur le marché d'un générique équivalent* » – agissements dont l'exposé de l'amendement n° 1694 note qu'ils sont connus en anglais comme « *evergreening* ».

L'expiration d'un brevet permet l'apparition du générique : le princeps est alors l'objet d'une décote de 20 % et le générique est en principe 60 % moins cher

(40 points de moins que le prix décoté) pendant dix-huit mois, avant que s'applique une nouvelle décote de 12,5 % pour le princeps et de 7 % pour le générique.

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de supprimer l'article 10 *bis* A.

Il estime comme son homologue Mme Élisabeth Doineau que les pratiques abusives dans le champ commercial ou de la propriété intellectuelle doivent être sanctionnées par les juridictions, administrations ou autorités indépendantes compétentes plutôt que faire l'objet d'une taxe ; surtout, il n'appartient pas au fisc ou aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) de se prononcer – leurs services n'en ont tout bonnement pas les moyens humains et juridiques – sur le caractère « *manifestement dilatoire* » de l'enregistrement de brevets, sur l'abus de position dominante [(1)], sur les gestes anticoncurrentiels, etc.

*

* *

Article 10 bis *B (nouveau)*
Exclusion des greffons tissulaires humains de la clause de sauvegarde

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, suivant l'avis de la commission et le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse du Sénat, des amendements identiques n° 192 rect. de Mme Florence Lassarade et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et n° 1594 rect. de Mme Marion Canalès et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Il modifie l'article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale pour que ne soient pas soumis à la clause de sauvegarde au titre des dispositifs médicaux (DM), laquelle se déclenche en fonction du montant Z (alors que le montant M est relatif aux médicaments), les « *établissements et organismes qui, autorisés à cet effet* [...], *assurent la préparation, la conservation, la distribution et la cession des produits inscrits au chapitre 3 du titre III de la liste des produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation* [(2)] ». La liste en sus est consultable sur le site

(1) Article 102 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ; titre II du livre IV du code de commerce ; article L. 464-2 du même code.

(2) Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) [(1)] : le titre III regroupe les DM individuels et les implants et greffons tissulaires d'origine humaine ; son chapitre 3 porte sur les implants dérivés de dérivés humains et les greffons.

Les établissements et organismes concernés sont donc les banques de tissus humains, dont l'article L. 1243-2 du code de la santé publique prévoit que si les y autorise l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), après avis de l'Agence de la biomédecine (ABM), elles « *peuvent assurer la préparation, la conservation, la distribution et la cession, à des fins thérapeutiques autologues ou allogéniques, des tissus et de leurs dérivés et des préparations de thérapie cellulaire* ».

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de conserver l'article 10 *bis* B dans sa rédaction résultant des travaux du Sénat.

Son raisonnement n'est pas le même que pour les initiatives tendant à retirer de l'assiette de la clause de sauvegarde tel ou tel médicament (ou ici tel ou tel DM) : en effet, il rejoint les sénateurs ayant déposé les deux amendements à l'origine de cet article additionnel sur le fait que les greffons tissulaires humains se distinguent des autres produits de santé (il est loisible à chacun d'avoir un avis favorable ou contraire aux dons de produits du corps humain, mais les structures concernées sont de fait des partenaires du service public) et qu'il est pertinent d'alléger la charge fiscale de leurs banques, qui sont déjà fragiles (pour un coût vraisemblablement marginal si la clause se déclenchait, situation que le rapporteur général ne souhaite pas).

*

* *

Article 10 bis
Exclusion des médicaments génériques et biosimilaires du calcul de la clause de sauvegarde

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, contre l'avis du rapporteur général et du Gouvernement, des deux amendements identiques n° 972 de

(1) http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips//chapitre/index_chap.php?p_ref_menu_code=1&p_site=AMELI

Mme Sylvie Bonnet et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine et n° 2177 de Mme Annie Vidal et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République.

Il complète l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, relatif (avec les articles L. 138-11 à L. 138-16 du même code) à la contribution dont sont redevables les entreprises assurant l'exploitation, l'importation et la distribution de spécialités pharmaceutiques lorsqu'est dépassé un montant M fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale – exprimé en fonction de leur chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) jusqu'en 2027 et appelé à l'être suivant les remboursements de la branche maladie à compter de cet exercice. Ce versement est souvent qualifié de clause de sauvegarde car il vient *a posteriori* en atténuation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Les médicaments pris en compte pour la détermination du chiffre d'affaires sur lequel est, le cas échéant, assise la clause sont, ainsi que le commentaire produit en première lecture sur l'article 10 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 l'indique avec plus de détails : les médicaments remboursables dispensés en officine ; les médicaments pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation 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 ou précoce ; les préparations de thérapie génique et de thérapie cellulaire xénogénique bénéficiant d'une autorisation d'importation et remboursées ; les médicaments bénéficiant du dispositif d'accès direct ; à compter de 2024, les médicaments acquis par Santé publique France pour faire face aux menaces sanitaires graves, 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.

L'article 10 *bis* écarte de cette base les génériques, les médicaments biologiques similaires et les médicaments hybrides.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu les amendements n° 972 et n° 2177 dont résulte cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, contre l'avis du Gouvernement – ce qui est à tout le moins contradictoire avec les modifications qu'il a lui-même soumises et fait introduire par le Sénat à l'article 10 (*cf. supra*) –, l'amendement de suppression de l'article 10 *bis* n° 615 de la rapporteure générale.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 10 *bis* effectuée par le Sénat.

Il a fréquemment pu montrer son soutien au développement des spécialités génériques, biosimilaires et hybrides mais rappelle que la solution la plus efficace en ce sens est d'aller plus loin dans les substitutions (à la prescription ou à la délivrance) et que, s'agissant de la fiscalité :

– la clause de sauvegarde n'aurait, si l'on en croit le Gouvernement et surtout si l'on s'en assure, ce qui reste à faire, en relevant M (médicaments) et Z (dispositifs médicaux), plus vocation à se déclencher ;

– au cas où la clause serait appelée, les amendements à l'origine de l'article 10 *bis* prévoient un système dont la commission des affaires sociales du Sénat note justement qu'il sera « *difficilement articulable avec la nouvelle rédaction de l'article L. 138-10 prévue par l'article 28 de la LFSS pour 2024 ; en effet, les montants de la clause de sauvegarde appelés en 2027 et dus au titre de l'année 2026 seront calculés sur le montant remboursé par l'assurance maladie* [...]*, minoré des remises consenties par les entreprises, des marges des distributeurs, des honoraires de dispensation et des taxes en vigueur ; il n'est donc pas pertinent de prévoir un mécanisme d'exemption sur le chiffre d'affaires réalisé puisque ce dernier ne sera plus prix en compte au titre de l'année 2026* » [(1)] ;

– l'autre contribution sur le chiffre d'affaires, prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale :

* est déjà favorable aux génériques qui sont exemptés de sa part de base ;

* dans la rédaction initiale de l'article 10, le demeurait dès lors qu'au titre de sa prochaine part supplémentaire un taux réduit était envisagé par le Gouvernement pour ces spécialités, ainsi que celles qui, quoique de référence, sont sous tarif forfaitaire de responsabilité ou dont le prix est fixé au niveau de celui du groupe générique correspondant ;

– dans la rédaction de l'article 10 résultant des travaux du Sénat, le serait davantage, compte tenu de leur exclusion.

Il est vrai que ces aspects intéressants visent les médicaments génériques ou sous tarif de responsabilité, pas les biosimilaires et hybrides. En rappelant qu'il les soutient mais suivant d'autres leviers de la fiscalité, le rapporteur général fait siens, sur ce point précis, les arguments donnés par son homologue Mme Élisabeth Doineau dans l'exposé de l'amendement n° 615 : « *au regard de l'évolution des*

(1) Fascicule n° 1 du tome II du rapport n° 131 (2025-2026) de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, enregistré à la présidence du Sénat le 15 novembre 2025 (pp. 198-200).

dépenses liées aux biosimilaires et du modèle économique de ces médicaments qui, bien que moins chers que les médicaments de référence, ne peuvent être assimilés aux génériques, les exclure entièrement de la clause ne paraît pas soutenable dans le contexte financier actuel de l'assurance maladie ».

*

* *

Article 10 ter
Introduction d'un critère de territorialité dans le calcul de la clause de sauvegarde

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, suivant l'avis du rapporteur général mais contre celui du Gouvernement, des trois amendements identiques n° 407 de M. Bertrand Bouyx (groupe Horizons & Indépendants), n° 2056 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé et plusieurs de ses collègues des groupes Horizons & Indépendants, Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires et Ensemble pour la République et n° 2351 de M. Michel Lauzzana et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République.

S'agissant toujours de la clause de sauvegarde sur les médicaments (*cf. supra* les commentaires des articles 10 et 10 *bis*), il remplace le II de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale [(1)], lequel concerne la détermination individuelle de chaque entreprise redevable (puisque la clause est une imposition collective) :

– le droit applicable au moment de la rédaction du présent rapport :

* applique au chiffre d'affaires agrégé un taux de 50 % (part supérieure à M et inférieure ou égale à 1,005 fois M), de 60 % (part entre 1,005 fois M et 1,01 fois M) ou de 70 % (part supérieure à 1,01 fois M) ;

(1) Est visé l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du 2° du I de l'article 29 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025 dont le VI indiquait qu'il entre en vigueur à la date prévue au VII de l'article 28 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, c'est-à-dire le 1er janvier 2026, mais que le VIII de l'article 29 de la LFSS 2025 a reporté au 1er janvier 2027.

* puis la répartit entre chaque redevable à concurrence de 70 % au *prorata* de son propre chiffre d'affaires et de 30 % suivant la progression de ce chiffre d'affaires individuel par rapport à l'exercice précédent ;

– la version devant s'y substituer en 2027 prévoit :

* que le taux collectif est de 90 % de la différence entre M et les sommes remboursées, ce qui fait que même en cas de déclenchement de la clause, un reliquat du dépassement ne vient jamais en minoration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) ;

* puis que la contribution individuelle dépend à 70 % des remboursements au titre des médicaments exploités, importés ou distribués par l'entreprise et à 30 % de la progression de ces premiers pour la même entreprise d'une année à l'autre ;

– l'article 10 *ter* ne modifie que le calcul de la contribution individuelle pour disposer que 50 % dépendront des remboursements, 30 % de leur variation et 20 % du lieu de production des médicaments, en fonction du barème ci-après.

PONDÉRATION POUR LE COMPUT DE 20 % DE LA CONTRIBUTION INDIVIDUELLE À LA CLAUSE DE SAUVEGARDE ENVISAGÉ PAR L'ARTICLE 10 *TER*

Part des médicaments produits dans l'Union européenne	Coefficient	Part de la contribution de l'entreprise
Inférieure ou égale à 20 %	4	Coefficient de l'entreprise divisé par la somme des coefficients de l'ensemble des entreprises redevables
Supérieure à 20 % et inférieure ou égale à 40 %	3	
Supérieure à 40 % et inférieure ou égale à 60 %	2	
Supérieure à 60 % et inférieure ou égale à 80 %	1	
Supérieure à 80 %	0	

Source : texte résultant des délibérations de l'Assemblée nationale.

Le rapporteur général voit dans ce schéma une troisième étape bienvenue, car à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale il avait été prévu en 2022 que le prix des médicaments « *peut tenir compte du lieu de production* » et en 2024 qu'il « *tient compte* » de cette territorialité, afin de soutenir la production nationale et en tout cas européenne des spécialités pharmaceutiques, sans que cette incitation à la souveraineté sanitaire soit incompatible avec un complément sur le plan fiscal ; il voit dans les trois amendements un « *dispositif très structuré* », lequel nécessitera toutefois de « *clarifier les étapes de la production du médicament car certains peuvent être fabriqués de manière séquentielle ou bien en parallèle, sur différents sites situés dans différents pays* » – en propre ou avec des sous-traitants [(1)].

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu les amendements n° 407, n° 2056 et n° 2351 dont résulte cet article.

(1) Assemblée nationale, compte rendu de la deuxième séance publique du 7 novembre 2025.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

La commission des affaires sociales du Sénat a estimé que l'article 10 *ter* viendrait « *complexifier* » les déclarations des entreprises et l'appel éventuel de la clause alors qu'il serait possible de continuer à passer par les négociations entre le Comité économique des produits de santé (Ceps) et les laboratoires [(1)].

Le Sénat a adopté, suivant l'avis du Gouvernement, l'amendement de suppression de l'article 10 *ter* n° 616 de la rapporteure générale.

3. La position du rapporteur général

Malgré son soutien en première lecture pour les amendements à son origine, le rapporteur général prend acte que l'administration et le Ceps ne sont pas prêts, techniquement, pour appliquer le barème territorialisé dont il est question ; aussi propose-t-il de maintenir la suppression de l'article 10 *ter* effectuée par le Sénat mais il lui semble indispensable que le Gouvernement se saisisse plus sérieusement de la question de la souveraineté française et européenne de production des médicaments, non seulement dans leur prix mais dans le calcul de la contribution individuelle des laboratoires à la clause de sauvegarde – même s'il serait préférable que M et Z soient fixés à un niveau tel qu'elle ne se déclenche pas.

*

* *

Article 11

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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 (pour 95 %) durant l'exercice au titre duquel elles sont dues, puis d'une régularisation, alors que pour l'heure elles sont appelées à l'automne

(1) Fascicule n° 1 du tome II du rapport n° 131 (2025-2026) de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, enregistré à la présidence du Sénat le 15 novembre 2025 (pp. 203-205).

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.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu :

– l'amendement n° 378 de M. Hendrik Davi et des membres du groupe Écologiste et Social, prévoyant que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) rende publics, pour chaque entreprise concernée, les remises, prix, tarifs et coûts nets, ainsi que le niveau de régularisation par rapport à l'acompte, adopté contre l'avis du rapporteur général et du Gouvernement ;

– l'amendement n° 2315 du rapporteur général, clarifiant la distinction entre les mesures transitoires et pérennes, adopté suivant l'avis du Gouvernement.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, suivant l'avis du Gouvernement, les six amendements identiques n° 316 rect. *ter* de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, n° 564 de M. Khalifé Khalifé (apparenté au même groupe), n° 618 de la rapporteure générale, n° 746 rect. *bis* de M. Guislain Cambier et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, n° 1087 rect. de M. Martin Lévrier et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants et n° 1369 rect. *bis* de Mme Martine Berthet et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, supprimant les alinéas relatifs à la diffusion par l'Acoss ou le Comité économique des produits de santé d'informations qui violeraient le secret des affaires et fragiliseraient les laboratoires en termes de concurrence internationale (tandis que la confidentialité de la différence entre les prix facial et effectif n'a pas d'incidence sur les finances publiques).

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose de conserver l'article 11 dans sa rédaction résultant des travaux du Sénat.

● Le rapporteur général souligne qu'outre une grande simplification pour les entreprises les reversant à l'assurance maladie, l'acompte de 95 % que met en place l'article 11 générerait, s'il combiné au mécanisme analogue prévu à l'article 10 *dans sa rédaction examinée par l'Assemblée nationale* (en ce qui concerne la contribution sur le chiffre d'affaires), un choc de trésorerie positif de près de 9 milliards d'euros en 2026 pour l'Acoss – sans lequel son plafond d'emprunt ne serait pas de 83 mais de 92 milliards d'euros.

*

* *

Article 11 bis
Extension du périmètre de la taxe sur les boissons prémix

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, suivant l'avis du rapporteur général et le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse de l'Assemblée, de l'amendement n° 2416 du président Frédéric Valletoux et plusieurs de ses collègues des groupes Horizons & Indépendants, Ensemble pour la République, Écologiste et Social et Gauche Démocrate et Républicaine.

Il complète le I de l'article 1613 *bis* du code général des impôts, relatif à la taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) sur les prémix, c'est-à-dire :

– les « *boissons constituées par :*

* « a) *un mélange préalable de boissons ayant un titre alcoométrique acquis n'excédant pas 1,2 % vol. et de boissons alcooliques au sens du 2° de l'article L. 111-4 du code des impositions sur les biens et services ;*

* « *ou* b) *un ou plusieurs produits soumis à l'accise sur les alcools mentionnés à l'article L. 313-2 du* [même] *code qui ne répondent pas aux définitions prévues par* [deux] *règlements* [européens] [(1)]*, à l'exclusion des produits mentionnés par* [un troisième] *règlement* [européen] [(2)]*, ainsi que les cidres et poirés* [...]*, qui ne bénéficient pas d'indications géographiques protégées ou d'attestations de spécificité* [...]*, et qui contiennent plus de 35 grammes de sucre ou une édulcoration équivalente par litre exprimée en sucre inverti* » ;

– lorsqu'elles présentent un « *titre alcoométrique acquis de plus de 1,2 % vol. et inférieur à 12 % vol* ».

---

(1) Règlement (UE) n° 1308/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 portant organisation commune des marchés des produits agricoles (abrogeant quatre règlements) ; règlement (UE) n° 2019/787 du Parlement européen et du Conseil du 17 avril 2019 concernant la définition, la désignation, la présentation et l'étiquetage des boissons spiritueuses, l'utilisation des noms de boissons spiritueuses dans la présentation et l'étiquetage d'autres denrées, la protection des indications géographiques relatives aux boissons spiritueuses, ainsi que l'utilisation de l'alcool éthylique et des distillats d'origine agricole dans les boissons alcoolisées (abrogeant un règlement).

(2) Règlement (UE) n° 251/2014 du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014 concernant la définition, la description, la présentation, l'étiquetage et la protection des indications géographiques des produits vinicoles aromatisés (abrogeant un règlement).

L'article 11 *bis* y assujettit, dans un nouvel alinéa, « *toutes les boissons alcoolisées titrant plus de 1,2 % vol. et comportant une adjonction de substances actives ayant un effet stimulant sur le corps* » : autrement dit, la définition serait pour celles-ci beaucoup moins restreinte et surtout ne comprendrait pas de borne haute de titrage, au risque de renforcer le degré d'alcool dans des produits que le législateur entend justement combattre.

L'objectif est en effet de réagir à l'apparition sur le marché, et d'abord dans les territoires ultramarins, de boissons présentées comme énergisantes dès lors qu'en effet elles comprennent beaucoup de sucre et des molécules excitantes mais qui ont pour ingrédient principal un alcool fort, généralement de la vodka compte tenu à la fois de son goût assez neutre et de son coût plus bas que d'autres spiritueux, de sorte qu'une canette de 25 centilitres peut atteindre les 18 % voire 22 % d'éthanol.

La marque la plus présente en France est *Vody*, qui appartient à une entreprise allemande : elle commercialise, selon un conditionnement coloré et moderne, attirant pour les jeunes, ces mélanges d'alcool et de stimulants, aromatisés ou non (de façon chimique : citron, fruits tropicaux, cola, etc.), avec jusqu'à 30 grammes de glucose par dose, pour 3,50 à 5 euros – d'après une note publiée par l'Union nationale des associations agréées du système de santé (France Assos Santé) en juillet 2025.

Le dispositif de l'article 11 *bis* cite comme possibles adjonctions la caféine, la taurine et la guaranine, mais renvoie à un décret la précision de cette liste : il sera plus facile pour l'autorité réglementaire de la mettre à jour selon l'inventivité des industriels, alors que toute énumération fermée dans la loi aurait immédiatement généré des contournements.

Ces substances ont des alternatives : la caféine peut être remplacée par de la théine ou du maté ou de la théobromine ; la taurine peut être remplacée par de la carnitine, de la L-tyrosine, de la béta-alanine, de la méthionine, de la cystéine ; le guarana peut être remplacé par du damiana, de la cystéine, etc.

Quant au tarif, il s'agirait nécessairement des 11 euros par décilitre d'alcool pur que mentionne le 2° du II de l'article 1613 *bis* du code général des impôts puisque les boissons touchées par cet article additionnel n'appartiennent pas aux « *catégories fiscales des vins ou des autres boissons fermentées* » (article L. 313-15 du code des impositions sur les biens et services) qui ne sont frappées qu'à hauteur de 3 euros.

Enfin, le rapporteur général souligne que la mesure a été rédigée de manière à ne pas toucher les vermouths et vins d'apéritif (Lillet, Quintinye, Dolin, Noilly, Byrrh, Dubonnet, Saint-Raphaël, etc.), donc ne pas pénaliser les producteurs de vins aromatisés ou fortifiés traditionnels mais ceux de *Vody* et d'équivalents.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu l'amendement n° 2416 dont résulte cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, l'amendement de rédaction globale de l'article 11 *bis* n° 1756 rect. *quater* de M. Bernard Jomier et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, qui complète le I de l'article 1613 *bis* du code général des impôts pour assujettir également à la taxe sur les prémix :

– « *toutes les boissons constituées par un mélange préalable de boissons ayant un titre alcoométrique acquis n'excédant pas 1,2 % vol. et de boissons alcooliques au sens du 2° de l'article L. 111-4 du code des impositions sur les biens et services* » ;

– « *les boissons spiritueuses répondant aux définitions prévues au règlement* [européen du 17 avril 2019] [(1)]*, à l'exception des catégories de boissons spiritueuses figurant aux 1 à 44 de l'annexe I de ce règlement* ».

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose de rétablir l'article 11 *bis* dans une rédaction qui sur le fond correspond à celle qu'avait adoptée l'Assemblée nationale mais sur la forme reprend des améliorations rédactionnelles que faisait l'amendement n° 619 de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales du Sénat, tombé avec l'adoption de l'amendement n° 1756 (l'amendement de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales du Sénat comportait aussi des modifications de fond auxquelles le rapporteur général ne souscrit pas, tant il lui paraît évident qu'en fixant une limite à 25 % vol., le législateur ne serait pas venu cibler plus finement les boissons mais donner un signal immédiat pour que les industriels renforcent le degré d'alcoométrie de leurs produits pour franchir la barre d'imposition : l'échec aurait été double – budgétaire et sanitaire).

● Le rapporteur général ne soutient pas la modification effectuée par le Sénat car outre la longueur spectaculaire de l'annexe du règlement européen auquel il était fait référence (quoiqu'il fût heureux d'exclure de la hausse de l'assiette les spiritueux

---

(1) Règlement (UE) 2019/787 du Parlement européen et du Conseil du 17 avril 2019 concernant la définition, la désignation, la présentation et l'étiquetage des boissons spiritueuses, l'utilisation des noms de boissons spiritueuses dans la présentation et l'étiquetage d'autres denrées alimentaires, la protection des indications géographiques relatives aux boissons spiritueuses, ainsi que l'utilisation de l'alcool éthylique et des distillats d'origine agricole dans les boissons alcoolisées (abrogeant le règlement (CE) 110/2008 du Parlement européen et du Conseil du 15 janvier 2008 concernant la définition, la désignation, la présentation, l'étiquetage et la protection des indications géographiques des boissons spiritueuses qui abrogeait lui-même le règlement (CEE) 1576/89 du Conseil du 29 mai 1989 établissant les règles générales relatives à la définition, à la désignation et à la présentation des boissons spiritueuses).

traditionnels comme les eaux-de-vie, liqueurs ou pastis), il s'écarte du souhait clair de l'Assemblée nationale, à l'initiative du président Valletoux : viser en tout premier lieu les boissons comportant des excitants.

*
* *

Article 11 ter
Taxer les produits n'affichant pas le nutri-score

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, contre l'avis du rapporteur général et du Gouvernement, des deux amendements identiques n° 508 de Mme Sandrine Runel et des membres du groupe Socialistes et apparentés et n° 1801 de M. Boris Tavernier et des membres du groupe Écologiste et Social, modifiés par le sous-amendement n° 2585 de M. Jean-François Rousset et plusieurs de ses collègues des groupes Ensemble pour la République, Horizons & Indépendants, Socialistes et apparentés, Droite Républicaine, Les Démocrates et Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires, ayant reçu un avis favorable du rapporteur général mais le Gouvernement n'ayant pas donné le sien.

D'une part, il complète la section 3 du chapitre II du titre III de la deuxième partie du livre I^er^ du code général des impôts par un article 1613 *bis* A aux termes duquel la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) bénéficierait du produit d'une nouvelle taxe de 5 % du chiffre d'affaires des metteurs sur le marché de produits dans le champ du règlement européen sur l'étiquetage des aliments [(1)].

Le rapporteur général ne peut se livrer à une citation fastidieuse de ce texte, mais il relève que son champ est très large puisque le premier alinéa du 3 de son article 1^er^ dispose qu'il s'applique aux « *exploitants du secteur alimentaire à tous les stades de la chaîne alimentaire* » et à « *toutes les denrées alimentaires destinées au consommateur final, y compris celles servies par les collectivités, ou destinées à être livrées à des collectivités* ».

L'article 11 *bis* prévoit deux exceptions :

---

(1) Règlement (UE) n° 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires (modifiant deux règlements et abrogeant six directives et un règlement).

– grâce au sous-amendement, pour les « *produits bénéficiant d'un des signes nationaux ou européens de qualité dont la liste est définie par décret* », comme les appellations d'origine protégée (AOP), le Label rouge ou les produits biologiques ;

– dans le dispositif initial, « *lorsque l'entreprise respecte les obligations prévues à l'article L. 3232-8 du code de la santé publique* ».

D'autre part et surtout, car là réside l'intention principale des auteurs de cette mesure, sous un angle qui s'il avait été fait seul l'objet d'un amendement aurait sans doute été frappé d'irrecevabilité comme cavalier puisqu'il concerne le droit de la consommation et du commerce, l'article additionnel modifie le premier alinéa de cet article L. 3232-8 du code de la santé publique afin que la « *déclaration nutritionnelle obligatoire* » prévue par le règlement européen précité « *s'accompagne* » (alors que la rédaction actuelle est : « *peut être accompagnée* ») d'une « *présentation ou d'une expression complémentaire au moyen de graphiques ou de symboles* ».

Le sous-amendement a de même prévu une exception pour les produits sous signe de qualité.

La déclaration dont il s'agit concerne, selon la section 3 du règlement, toute une série d'éléments : valeur énergétique, quantité de graisses, d'acides gras saturés, de glucides, de sucres, de protéines et de sel, teneur en acides gras mono-insaturés, acides gras polyinsaturés, polyols, amidon, fibres alimentaires, vitamines ou sels minéraux, etc. – le tout avec des règles de calcul que le présent commentaire ne peut raisonnablement aborder.

Quant à la présentation, si plusieurs possibilités existent, ce que les députés à l'origine de l'article 11 *ter* avaient expressément à l'esprit, comme en attestent leur exposé sommaire et le compte rendu, est de « *rendre obligatoire le Nutri-Score* ».

Le rapporteur général a évidemment connaissance des travaux scientifiques ou rapports administratifs sur l'intérêt (que personne ne conteste) et les nettes limites (que l'on oublie plus volontiers) du nutri-score.

Il estime toutefois que la fiscalité n'est pas le bon moyen d'inciter à une amélioration de la composition des denrées et à une réduction de la publicité envers les enfants et adolescents : si l'on taxe plus les entreprises qui vendent des produits sucrés, salés, etc., elles répercutent l'impôt sur le prix de vente soit en rayon – or la propension à acheter des aliments mal notés est supérieure chez les ménages les plus modestes, dont il serait malvenu de venir encore baisser le pouvoir d'achat –, soit en aval – or le rapporteur général soutient au contraire le revenu des agriculteurs.

Afficher le nutri-score est une charge lourde pour un petit producteur : le recours à un bureau d'études peut coûter des centaines d'euros, l'abonnement à un logiciel spécialisé ne revient pas moins cher, s'y ajoutent, le cas échéant en payant un graphiste, le reconditionnement des denrées concernées, etc.

Des metteurs sur le marché ont appelé l'attention du rapporteur général sur le fait que la dernière classification met les produits laitiers dans le même ensemble que les sodas. Il faut aussi souligner que la reformulation, c'est-à-dire l'adaptation des recettes, est un processus exigeant et de long terme, qui nécessite de la recherche, donc de l'investissement : ce n'est pas avec une taxe sur le chiffre d'affaires que la puissance publique va l'encourager.

Sur le plan juridique, le rapporteur général relève que l'article 11 *ter* renvoie à l'intégralité des dispositions du règlement européen susmentionné, pas seulement à celles sur la déclaration nutritionnelle. Par exemple, cela inclut les compléments alimentaires, pour lesquels il est impossible d'afficher le nutri-score [(1)] et qui ne pourraient donc pas échapper à la nouvelle contribution.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu les amendements n° 508 et n° 1801 et le sous-amendement n° 2585 dont résulte cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

La commission des affaires sociales a relevé que : « *la réglementation européenne en vigueur fixe* [...] *un cadre juridique strict, qui interdit d'imposer des mentions additionnelles à celles qu'elle prévoit au titre du principe de libre circulation des marchandises ;* [...] *la mesure pourrait être interprétée comme une obligation déguisée d'affichage* » [(2)].

Après avoir adopté trois amendements sur la question des signes de qualité, le Sénat a rejeté l'article 11 *ter*.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 11 *ter* effectuée par le Sénat.

*

* *

(1) Arrêté du 14 mars 2025 fixant la forme de présentation complémentaire à la déclaration nutritionnelle recommandée par l'État en application des articles L. 3232-8 et R. 3232-7 du code de la santé publique.

(2) Fascicule n° 1 du tome II du rapport n° 131 (2025-2026) de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, enregistré à la présidence du Sénat le 15 novembre 2025.

Article 11 quater
Ajustement de la contribution sur les dépenses de publicité des jeux d'argent et de hasard

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, suivant l'avis du rapporteur général et du Gouvernement, de l'amendement n° 792 – repris au nom de la commission, qui l'avait accepté – de M. Charles de Courson et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires.

Il précise à l'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale, rétabli par le 6° du I de l'article 32 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 qui a institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) une contribution à la charge des opérateurs des activités relevant de l'article L. 320-6 du code de la sécurité intérieure [(1)] autres que les paris hippiques – du Pari mutuel urbain (PMU), des sociétés-mères ou sur internet – et certaines opérations promotionnelles, que pour les établissements titulaires d'une autorisation de jeux mentionnée à l'article L. 321-1 du code de la sécurité intérieure, c'est-à-dire les casinos, seules les dépenses de publicité afférentes à l'activité de jeux d'argent sont incluses dans l'assiette.

L'ajout vient combler une ambiguïté : la contribution repose sur les frais de publication et d'achat d'espaces publicitaires et sur les prestations externalisées de même nature à la charge des opérateurs de jeux ; pour tous les redevables, hormis les casinos, il n'y a pas d'autres charges de publicité que celles en faveur des jeux, alors qu'un casino peut être opéré par un établissement qui a aussi d'autres activités (café, thalassothérapie, hôtel, voire musée, etc.) pouvant faire l'objet de publicité.

L'article 11 *quater* sécurise simplement l'intention du législateur.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu l'amendement n° 792 dont résulte cet article.

---

(1) Casinos, loteries pour lesquelles le gain espéré est constitué d'objets mobiliers, destinés à des causes scientifiques, sociales, familiales, humanitaires, philanthropiques, éducatives, sportives ou culturelles ou à la protection des animaux ou de l'environnement lorsqu'elles ont été autorisées par le maire, lotos traditionnels dont la mise est inférieure à 20 euros, jeux d'argent proposés lors des fêtes foraines, loteries soumises à un régime de droits exclusifs et paris sportifs ou jeux de cercle en ligne.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, suivant l'avis du Gouvernement, l'amendement rédactionnel n° 620 de la rapporteure générale.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'apporter à l'article 11 *quater* dans sa rédaction résultant des travaux du Sénat une précision légistique de pure forme.

*

* *

Article 11 quinquies *A (nouveau)*
Création d'une taxe sur les dépenses de publicité en faveur des boissons alcooliques à La Réunion

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, de l'amendement n° 1698 de Mme Audrey Bélim et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

● Il présente une rédaction analogue à celle de l'amendement n° 1262 que la même auteure avait fait adopter contre l'avis de la commission et du Gouvernement lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 par le Sénat en première lecture et qui était devenu son article 9 *ter* A avant qu'il soit écarté dans la suite de la navette.

Les deux différences avec le dispositif de 2025 sont que l'affectataire serait la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de La Réunion au lieu de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et que le seuil de chiffre d'affaires serait de 5 millions d'euros au lieu de 2 millions d'euros.

Le **I** de l'article de 2026 complète le chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale par une section 4 comprenant un article L. 245-13 et instituant au profit de la CGSS de La Réunion le produit d'une taxe au taux de 1 % sur le montant hors taxe sur la valeur ajoutée (TVA) des frais d'achats d'espaces publicitaires de toute nature et forme ou liés à des événements publics en faveur d'une boisson alcoolique à La Réunion, dont seraient redevables les entreprises produisant, important ou distribuant ces biens en France et dont le chiffre d'affaires serait supérieur ou égal à 5 millions d'euros.

Son **II** prévoit une entrée en vigueur immédiate.

● Ainsi que l'avait indiqué le rapporteur général en janvier dernier [(1)], des motifs substantiels font que l'article 11 *quinquies* A est pratiquement inapplicable.

En premier lieu, le rapporteur général n'estime pas que la fiscalité soit un levier efficace contre la consommation excessive d'alcool – s'agissant des produits classiques, le cas des *Vody* étant d'une nature différente (*cf. supra* le commentaire de l'article 11 *bis*).

Ainsi que l'a souligné la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat il y a quelques mois [(2)], 10 % des personnes âgées de 18 à 75 ans consomment 58 % de l'alcool, de sorte qu'il faudrait donc une hausse brutale des accises ou de nouvelles taxes pour réduire massivement l'achat des boissons en question, mais cela n'est réaliste ni pour les agriculteurs qu'à l'inverse il faut soutenir, ni pour les consommateurs.

En deuxième lieu, les problèmes liés à la violation des règles de publicité relatives à l'alcool, figurant pour l'essentiel au chapitre III du titre II du livre III de la troisième partie du code de la santé publique et résultant des modifications successives de la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite « Évin », doivent trouver une solution dans leur plus grand contrôle par les services des directions générales de l'alimentation (DGAL), de la santé (DGS) et de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGGCRF), ainsi que par les forces de police et l'autorité judiciaire, mais il est inopportun de confondre les questions commerciales avec le financement de la sécurité sociale.

En troisième et dernier lieu, le dispositif de l'article additionnel comporte d'importantes fragilités juridiques :

– il ne définit pas les boissons alcooliques concernées, lesquelles peuvent être appréhendées sous le prisme du 2° de l'article L. 111-4 du code des impositions sur les biens et services comme celles « *dont le titre alcoométrique volumique acquis excède 1,2 % vol ou, pour les bières de malt et mélanges de bières de malt et de boissons non alcooliques, 0,5 % vol* » mais ont d'autres acceptions suivant les 3° à 5° de l'article L. 3321-1 du code de la santé publique d'une part et la section 2 du chapitre IV ainsi que le chapitre V du titre IV du livre VI du code rural et de la pêche maritime d'autre part ;

– il ne précise pas si le fait générateur de son assiette est la promotion faite à La Réunion ou celle faite pour une consommation à La Réunion ou celle faite en

---

(1) Rapport n° 869 de M. Thibault Bazin, rapporteur général, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 30 janvier 2025 (pp. 112-114).

(2) Rapport n° 638 (2023-2024) de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, et Cathy Apourceau-Poly, enregistré à la présidence du Sénat le 29 mai 2024.

cumulant ces critères, ce qui pose au demeurant une difficulté pour la publicité utilisant d'autres supports que des affiches ou des médias locaux ;

– il renvoie les modalités de recouvrement à un décret, entachant *ipso facto* la mesure d'incompétence négative et l'exposant de manière certaine à la censure du juge constitutionnel ;

– il peut être lu comme provoquant une rupture d'égalité devant l'impôt, la différence de situation observée dans le seul département concerné avec le reste du territoire national n'étant, malgré son sérieux, pas étayée au point qu'elle formerait avec évidence un motif d'intérêt général suffisant.

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de supprimer l'article 10 *quinquies* A, compte tenu de ses fragilités juridiques.

Comme il l'a écrit l'année dernière, aucun de ses arguments de droit ne remet en cause le sérieux de l'alerte formulée par l'auteure de l'amendement à l'origine de l'article additionnel : « *si l'on boit moins d'alcool à La Réunion que dans l'Hexagone, 10 % des usagers* [y] *consomment 69 % du volume d'alcool ; cette alcoolisation massive d'une frange de la population a des répercussions majeures : accidents, violences intrafamiliales, maladies chroniques, près de 600 morts prématurés par an, 5 000 passages aux urgences, des vies brisées à cause des troubles liées au syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) ; les entreprises qui incitent à la consommation d'alcool doivent participer à la prévention* [...] ».

*

* *

Article 11 quinquies *B (nouveau)*
Création d'une taxe sur les produits alimentaires destinés aux nourrissons contenant des sucres ajoutés

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, la commission s'en étant remise à la sagesse du Sénat et le Gouvernement s'y étant dit défavorable, de l'amendement n° 854 rect. de M. Xavier Iacovelli et plusieurs de ses collègues des groupes Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants et Les Républicains.

● Il complète la section 2 du chapitre II du titre III de la deuxième partie du code général des impôts par un article 1613 *bis* A aux termes duquel serait perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), à compter du 1er juillet 2026, une taxe sur les « *préparations alimentaires non médicamenteuses présentées comme spécifiquement destinées aux besoins des nourrissons et des enfants en bas âge contenant des sucres ajoutés* » :

– son tarif varierait avec l'édulcoration (arrondie à l'entier le plus proche) :

* sous 5 kilogrammes par quintal, 4 euros par quintal ;

* entre 5 et 8 kilogrammes par quintal, 21 euros par quintal ;

* au-dessus de 8 kilogrammes par quintal, 35 euros par quintal

– ce tarif serait, comme c'est le cas pour la plupart des droits indirects (tabac, alcool, etc.), indexé chaque 1er janvier suivant l'inflation de l'avant-dernière année.

Le barème est donc, hors la mention d'une masse solide au lieu d'un volume liquide, le même que celui retenu il y a quelques mois par le législateur, s'inspirant expressément d'une récente réforme britannique, en faisant passer de quinze à trois tranches très heurtées le calcul de la taxe sur les sodas (1).

2. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose de supprimer l'article 11 *quinquies* B.

● S'il note avec satisfaction que l'amendement adopté au Sénat n'intègre pas à l'assiette les denrées médicamenteuses, contrairement à certains dispositifs étudiés par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en première lecture (certains bébés ont des carences ou des intolérances au lait par exemple et ont besoin d'un apport glucidique, lipidique ou protéinique élevé) et si à l'évidence il est en faveur d'une amélioration constante de la composition nutritionnelle des produits destinés aux nourrissons, le rapporteur général ne voit pas en quoi un impôt de plus pourrait inciter les industriels à modifier leurs recettes et force lui est surtout de constater que la mesure aurait pour seule conséquence (comme cela s'est observé en 2025 sur les sodas) de rendre plus chers des produits du quotidien : pour un petit pot pour bébé de la marque qui viendra spontanément à l'esprit du lecteur comportant

---

(1) Contribution perçue sur les boissons et préparations liquides pour boissons destinées à la consommation humaine relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes (règlement (CEE) n° 2658/87 du Conseil du 23 juillet 1987 relatif à la nomenclature tarifaire et statistique et au tarif douanier commun), contenant des sucres ajoutés, conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel ou préalablement assemblées et présentées dans des récipients non destinés à la vente au détail afin d'être consommables en l'état, dont le titre alcoométrique n'excède pas 1,2 % vol. ou, dans le cas des bières au sens de l'article 520 A du code général des impôts, 0,5 % vol (article 1613 ter *du code général des impôts dans sa rédaction résultant du 1° du I de l'article 31 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025).*

8 grammes de sucres ajoutés pour 100 grammes, donc plutôt 9,6 grammes dans une dose pour un enfant de quatre mois ou 12,8 grammes dans une dose pour un enfant de six à huit mois, la taxe créée par l'article 11 *quinquies* B entraînerait un surcoût de 21 centimes par kilogramme, ce qui n'est pas un signal positif à envoyer aux parents de notre pays.

*
* *

Article 11 quinquies
Allégement de la taxe sur les ventes en gros aux officines pharmaceutiques

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, contre l'avis du Gouvernement, de l'amendement n° 1704 du rapporteur général.

Il modifie le *a* de l'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale pour baisser de 1,5 % à 1,3 % le taux de la première part de la contribution sur la vente en gros (CVEG), dont le produit serait de 261 millions d'euros en 2021 et qui est :

– assise sur le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, mutualistes et de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur une liste [(1)] ;

– due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques, celles bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités, celles assurant leur distribution parallèle et, lorsqu'elles font de la vente en gros, celles qui les exploitent [(2)].

Le rapporteur général est depuis des années inquiet du recul de la profitabilité des grossistes répartiteurs, qui font le métier essentiel d'approvisionner chaque jour les environ 20 000 pharmacies de notre pays mais que la loi prive du levier qui, pour compenser l'augmentation de leurs coûts d'exploitation, tiendrait à une répercussion sur le prix des médicaments remboursables et qu'elle charge, ce qui est bien normal,

(1) Médicaments spécialisés au sens de l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code et médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 dudit code.

(2) Articles L. 5124-1, L. 5124-2, L. 5124-17-2, L. 5124-18 et L. 5136-2 du code de la santé publique.

d'obligations de service public comportant notamment des exigences de stocks ou de délais de livraison.

Les grossistes ont également perdu près de 20 millions d'euros de chiffre d'affaires par an à raison du déremboursement de certains produits de contraste utilisés en imagerie, lesquels ne sont plus délivrés en officine sur prescription [(1)], mesure qui d'ailleurs a perturbé les radiologues en plus des pharmaciens.

Au moment où se créent, se creusent les déserts pharmaceutiques, il importe au rapporteur général de soutenir les grossistes, dont la commission des finances estimait sous une précédente législature qu'ils paient 85 % de la CVEG totale [(2)].

Les deux autres parts de la CVEG, inchangées par l'article 11 *quinquies*, sont respectivement aux taux de 2,25 % et de 20 % et reposent pour la deuxième sur l'écart entre le CAHT d'un exercice avec celui du précédent et pour la troisième sur la marge théorique minorée de la marge effective après rétrocession pour les princeps [(3)].

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu l'amendement n° 1704 dont résulte cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté l'article 11 *quinquies* sans modification.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de conserver l'article 11 *quinquies* dans sa rédaction commune aux deux assemblées.

*

* *

(1) Arrêté du 28 février 2024 portant radiation de certains médicaments, nécessaires à la réalisation d'examens d'imagerie médicale, de la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux.

(2) Avis n° 4572 (XV^e^ législature) présenté par M. Michel Lauzzana et Mme Cendra Motin, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 2021 (pp. 39-40).

(3) Il s'agit de la fraction du CAHT de l'année n *correspondant à la différence entre* (i) *le prix hors taxes pour le fabricant, augmenté de la marge maximale et abattu (dans la limite de 3,75 euros) des remises, ristournes et avantages maximaux autorisés par l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale et* (ii) *le prix de vente hors taxes aux officines. Si cette différence est négative, l'assiette de la troisième part revient à zéro.*

Article 11 sexies
Fixation par la loi du plafond des remises commerciales

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, contre l'avis du Gouvernement, des huit amendements identiques n° 5 de Mme Françoise Buffet (groupe Ensemble pour la République), n° 374 de Mme Sandrine Runel et plusieurs de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés, n° 472 de Mme Josiane Corneloup et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, n° 882 de M. Laurent Wauquiez et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, n° 1164 de M. Marcellin Nadeau et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine, n° 1862 de Mme Joëlle Mélin et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement National, n° 1869 de M. Guillaume Garot et plusieurs de ses collègues des groupes Les Démocrates, Écologiste et Social, Ensemble pour la République, La France insoumise - Nouveau Front Populaire, Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires et Horizons & Indépendants et n° 2238 du rapporteur général.

Il remplace la rédaction de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale par une version changeant sa logique et plusieurs de ses paramètres.

L'article codifié est afférent aux remises dites commerciales – en fait, à ces remises s'ajoutent des ristournes et d'autres avantages – consenties par les laboratoires fournissant des médicaments remboursables aux officines.

Ces remises entrent dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) car outre leur aspect privé elles viennent en déduction du chiffre d'affaires pour la contribution sur la vente en gros (*cf. supra* le commentaire de l'article 11 *quinquies*) et pour celle prévue à l'article L. 245-6 du code de de la sécurité sociale (*cf. supra* le commentaire de l'article 10) – mais assurément pas pour la clause de sauvegarde dont l'assiette est abattue des seules remises conventionnelles (*cf.* le même article 10) –, mais elles n'ont pas d'incidence directe sur les dépenses publiques dès lors que les remboursements des médicaments par l'assurance maladie se font sur la base du prix facial.

Actuellement, ces remises commerciales ne peuvent excéder :

– 2,5 % du prix du fabricant hors taxes (PFHT) dans le cas général ;

– un plafond fixé par arrêté dans la limite de 50 % du PFHT pour ce qui concerne les spécialités génériques ou inscrites au répertoire des groupes génériques, les spécialités de référence dont le prix de vente au public est identique à celui des autres spécialités de leur groupe générique, les spécialités hybrides substituables, les médicaments biologiques similaires substituables, les spécialités de référence substituables figurant sur un registre et dont le prix de vente est identique à celui des autres spécialités de leur groupe hybride et les spécialités de référence dont le prix de vente est identique à celui des médicaments biologiques similaires substituables ;

– un plafond fixé par arrêté dans la limite de 50 % du PFHT correspondant au tarif forfaitaire de responsabilité pour les spécialités de référence soumises à un tel forfait.

Les deux plafonds de 50 % n'étaient en pratique pas saturés mais étaient de 40 % (1), ce qui paraissait un équilibre raisonnable aux vendeurs, aux acheteurs et à l'assurance maladie. La prise en compte de l'extension du bénéfice dérogatoire aux spécialités hybrides et biosimilaires substituables (2) avait impliqué un nouveau texte mais sans particularité sur le fond (3). Or le Gouvernement avait ensuite prévu trois étapes, du 1er juillet 2026 au 30 juin 2027 puis du 1er juillet au 31 décembre 2027 et enfin à compter du 1er janvier 2028, pour réduire à 20 % (génériques et hybrides) voire 15 % (biosimilaires) ces plafonds, ce qui aurait été défavorable aux pharmacies (ces remises dépassant 1 milliard d'euros), lesquelles se sont à juste titre mobilisées, au point que le Premier ministre suspende pour trois mois la réforme (4).

Soucieuse de préserver la marge des officines pharmaceutiques – car de plus fortes remises signifient pour elles une moindre charge –, l'Assemblée a souhaité :

– conserver le plafond général de 2,5 % (ainsi que le régime d'infraction aux exigences déclaratives) ;

– rétablir la compétence du législateur ;

– établir à 40 % de plafond des remises pour les génériques et hybrides, ainsi que pour les spécialités sous tarif forfaitaire de responsabilité ;

– établir à 20 % le plafond pour les biosimilaires.

Le rapporteur général constate que la détermination du plafond des remises a rejoint le champ réglementaire il y a seulement onze ans (5) et que son rapatriement dans le domaine législatif ne devrait pas entraîner de contrainte particulière, tant les LFSS modifient chaque année de nombreux pans de la fiscalité des médicaments.

---

(1) Arrêté du 22 août 2014.

(2) Article 33 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(3) Arrêté du 6 mai 2025 (dont l'application avait été prolongée d'un mois par un arrêté du 1er juillet 2025).

(4) Arrêté du 6 octobre 2025.

(5) Article 49 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu les amendements identiques n° 5, n° 374, n° 472, n° 882, n° 1164, n° 1862, n° 1869 et n° 2238 dont résulte cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté l'article 11 *sexies* sans modification.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de conserver l'article 11 *sexies* dans sa rédaction commune aux deux assemblées.

*
* *

Article 11 septies
Contribution spécifique sur les entreprises qui importent, produisent ou commercialisent de l'hexane

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, contre l'avis du rapporteur général et le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse de l'Assemblée, de l'amendement n° 148 de MM. Richard Ramos et Pascal Lecamp (groupe Les Démocrates).

Il insère à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale des I *bis*, III et IV aux termes desquels la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) serait, à partir du 1er janvier 2026, affectataire du produit d'une contribution de 0,3 centime d'euro par litre payée par les entreprises qui produisent, vendent ou importent du n-hexane, sans seuil de chiffre d'affaires, dont elle utiliserait une moitié pour accompagner les industriels dans la conversion de « *leur outil* [sic] *à des solutions ne requérant pas* [cette] *substance* », l'autre allant à des « *actions de prévention* » [(1)].

(1) La jurisprudence constante des présidents de la commission des finances prohibe cependant le fléchage d'une recette vers un poste de dépense, tant l'article 40 de la Constitution fait obstacle aux initiatives parlementaires créant ou aggravant une charge publique, nulle compensation n'étant admise.

L'hexane – ou plus exactement le n-hexane qui est une de ses cinq molécules isomères – est un alcane, c'est-à-dire un hydrocarbure obtenu par une distillation ou une thermolyse du pétrole ou du gaz naturel. Il sert comme solvant, diluant ou dégraissant industriel, par exemple en combinaison avec des colles ou dans le but d'extraire l'huile des graines de tournesol ou de colza.

D'abord, sur la forme, le rapporteur général note que la codification choisie par les auteurs de l'amendement ne fonctionne pas, puisque l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, plusieurs fois mentionné dans le présent rapport, concerne la contribution connue sous le nom de clause de sauvegarde du médicament.

Ensuite, sur le fond, il estime que l'article 11 *septies* n'est ni justifié sur le plan sanitaire ni pertinent sur le plan financier :

– nul ne nie que tout produit chimique mal utilisé est dangereux et que si les doses ne sont pas respectées (1 milligramme par kilogramme), l'hexane est à la fois neurotoxique, irritant pour les muqueuses et néfaste pour la fertilité ;

– mais l'usage de l'hexane [(1)] est très encadré par la directive 2009/32/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 avril 2009 relative au rapprochement des législations des États membres concernant les solvants d'extraction utilisés dans la fabrication des denrées alimentaires et de leurs ingrédients ;

– au début de l'année, le commissaire européen chargé de la santé et du bien-être animal a souligné que « *dans son rapport sur la nécessité d'une réévaluation de la sécurité de l'hexane utilisé comme solvant d'extraction dans la production de denrées alimentaires et d'ingrédients alimentaires publié le 13 septembre 2024, l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) n'a relevé* ***aucun problème sanitaire immédiat*** *lié à l'exposition orale à l'hexane ; toutefois, l'EFSA a conclu qu'il était nécessaire de procéder à une réévaluation* [...] *à la lumière de certaines publications récentes* [...] *sur les effets du n-hexane et de ses métabolites* [...] *; la Commission prendra, si nécessaire, des mesures appropriées de gestion des risques* [...]*, en conservant la santé et la sécurité comme principes directeurs* » [(2)] ;

– la taxe suggérée par l'article 11 *septies* réduirait la compétitivité des entreprises françaises, par exemple productrices d'huiles végétales, alors qu'elles contribuent à la souveraineté alimentaire et énergétique du pays, et renchérirait le prix des produits pour tous leurs acheteurs particuliers et professionnels.

---

(1) Dans la directive, l'hexane est défini comme « produit commercial composé essentiellement d'hydrocarbures acycliques saturés contenant six atomes de carbone et distillant entre 64 °C et 70 °C *». Les autres solvants visés sont le propane, le butane, l'acétate d'éthyle, l'éthanol, l'anhydride carbonique, l'acétone, le protoxyde d'azote (que la commission des affaires sociales connaît sous le prisme de son inhalation comme gaz hilarant), l'acétate de méthyle, le méthyléthylcétone, le dichlorométhane, le méthanol, le propanol-2, l'éther diéthylique, le cyclohexane, le butanol-1 et le butanol-2 et quatre types de tétrafluoroéthane.*

(2) Réponse de M. Olivér Várhelyi, commissaire européen, à la question écrite n° E-002396/24 de Mme Biljana Borzan et Christophe Clergeau, membres du Parlement européen, 7 janvier 2025.

Enfin, en termes de méthode, le rapporteur général s'étonne du dépôt d'un tel amendement alors même que la commission des affaires économiques a confié le 24 septembre 2025 à MM. Richard Ramos et Frédéric Weber (ce dernier ayant été remplacé le 8 octobre 2025 par M. Julien Gabarron) une mission « flash » sur l'incidence économique de l'utilisation d'hydrocarbures dans la production d'huiles alimentaires et leur mise sur le marché, dont il faudrait attendre les conclusions.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu l'amendement n° 148 dont résulte cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, le Gouvernement s'en étant remis la sagesse de celui-ci, les trois amendements de suppression de l'article 11 *septies* n° 135 rect. de M. Pierre Cuypers et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, n° 621 de la rapporteure générale et n° 1508 rect. *ter* de M. Stéphane Le Rudulier et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Les Indépendants - République et Territoires.

3. La position du rapporteur général

En redisant à la fois sa conviction que les taxes dites comportementales ont pour principale conséquence un renchérissement des produits pour les clients finaux et son appel aux autorités compétentes pour se saisir avec la plus grande vigilance du débat scientifique renouvelé sur la dangerosité de quantités trop élevées ou d'un usage trop peu rigoureux de l'hexane, le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 11 *septies* effectuée par le Sénat.

*

* *

Article 11 octies *(nouveau)*
Création d'un plan d'épargne pour les salariés des associations

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, la commission s'en étant remise à la sagesse du Sénat et contre l'avis du Gouvernement, de l'amendement n° 850 rect. *bis* de M. Martin Lévrier et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

● Il crée un article L. 242-1-1 A du code de la sécurité sociale aux termes duquel serait institué sous le nom de « *plan d'épargne association* » un dispositif par lequel « [les] *salariés des associations soumises au titre III du livre III de la troisième partie du code du travail et qui dégagent un excédent net comptable au cours des trois derniers exercices clos* [pourraient] *se constituer un portefeuille de valeurs mobilières avec l'aide de leur employeur* », étant précisé que ses paramètres seraient calqués sur ceux du plan d'épargne entreprise (PEE) puisque « *les conditions d'ouverture, de fonctionnement, de blocage des sommes ainsi que les plafonds d'abondement* [seraient] *ceux mentionnés aux articles L. 3332-1 à L. 3332-27 du code du travail, l'association étant assimilée à une entreprise* » (**I** de l'article créé).

Pour respecter de manière un peu artificielle l'exigence d'un « *effet sur les recettes des régimes obligatoires de base* » posée par le 1° de l'article L.O. 111-3-6 du code de la sécurité sociale, l'article additionnel se place – ce qu'indique son insertion dans la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II (relatif à l'assiette, au taux et au calcul des cotisations) du titre IV du livre II du même code – sur le terrain d'une exclusion de la base des cotisations et contributions de sécurité sociale.

En effet, l'article L. 3332-27, précité, du code du travail, prévoit que les sommes versées sur un PEE par l'employeur :

– peuvent être déduites par l'entreprise de son bénéfice pour l'assiette de l'impôt sur les sociétés (IS) ou de l'impôt sur le revenu (IR), par exemple si c'est une entreprise unipersonnelle ;

– sont exclues de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, or comme le présent rapport l'a plusieurs fois souligné, il s'agit des revenus d'activités pris en compte pour la contribution sociale généralisée (CSG) aux termes des articles L. 136-1 et L. 136-1-1 du même code ;

– sont exonérées de l'IR des bénéficiaires.

L'article L. 3332-11 du code du travail dispose que les versements faits par les salariés excédant 30 % du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale – connu comme plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) – sont imposables dans les conditions prévues à l'article 80 *sexdecies* du code général des impôts, lequel se révèle parfaitement circulaire puisqu'il se borne à indiquer que ces sommes sont assujetties de manière normale, à l'exception de celles qui ne dépassent pas le plafond, lesquelles sont exonérées, ce que d'ailleurs répètent *ne varietur* les *a* et *a bis* du 18° de l'article 81 du même code.

S'agissant du plan d'épargne que l'article 11 *octies* créerait pour les salariés des associations, l'abondement de l'employeur viendrait en franchise des cotisations et contributions de sécurité sociale (**II**), à l'exception de la CSG et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) – force est de noter qu'un renvoi au 3° du I de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale aurait pour conséquence

que le taux de 7,2 % qu'il prévoit ne s'appliquerait pas qu'à la CSG, pour laquelle c'est un taux réduit, mais aussi à la CRDS, pour laquelle ce serait une multiplication par 14,4 en comparaison avec celui prévu par l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale [(1)] – (**1**° du **III**) et du forfait social, c'est-à-dire de la contribution de l'employeur au taux de 20 % prévue par les articles L. 137-15 à L. 137-17 dudit code (**2**° du **III**).

L'excédent net comptable serait défini par voie réglementaire (**IV**).

2. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose de supprimer l'article 11 *octies*.

● Naturellement, le rapporteur général fait sien le souhait d'encourager nos concitoyens à se constituer, s'ils le peuvent, une épargne, mais il indique une fois de plus son refus que les règles organiques soient contournées : la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), ainsi du reste que la loi de finances, ne sont pas des véhicules adaptés pour la création d'un produit de banque ou d'assurance, que leur soit associé ou non un traitement fiscal et social dérogatoire.

Par ailleurs, il ne lui semble pas que la solution soit de créer un plan pour les seuls salariés des associations, car il serait plus simple juridiquement et efficace d'un point de vue financier de faciliter l'ouverture d'un PEE aux salariés de l'économie sociale et solidaire (ESS).

*

* *

(1) Prise sur le fondement de l'habilitation votée au 7° de l'article 1er de la loi n° 95-1348 du 30 décembre 1995 autorisant le Gouvernement, par application de l'article 38 de la Constitution, à réformer la protection sociale ; un projet de loi de ratification a été déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 29 mai 1996 ; cette ordonnance a fait l'objet d'un « curieux exercice de ratification *», par la voie «* implicite *», qui a constitué une «* bizarrerie juridique *», de sorte qu'il a semblé à la commission des finances du Sénat «* piquant d'observer que la ratification de l'ordonnance n° 96-50 ne résulterait pas de l'adoption du projet de loi de ratification qui avait été déposé mais du projet de loi *[de financement de la sécurité sociale pour 1998] » (avis n° 79 (1997-1998 de M. Jacques Oudin, enregistré à la présidence du Sénat le 5 novembre 1997).*

Article 11 nonies *(nouveau)*
Augmentation du temps de travail annuel de douze heures et exclusion de la dernière heure de l'assiette des cotisations sociales

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● L'article 11 *nonies* résulte de l'adoption en séance publique au Sénat d'un amendement de M. Olivier Henno et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste (n° 572 rect. *septies*) malgré un avis défavorable du Gouvernement et de la commission.

Il propose de porter la durée annuelle de travail de 1 607 à 1 619 heures pour le décompte des heures supplémentaires. Sa recevabilité au sein du projet de loi de financement de la sécurité sociale est assurée, d'une manière que ses auteurs reconnaissent essentiellement technique, par l'exclusion de la dernière heure de travail annuel de l'assiette des cotisations sociales.

● Le **I** apporte plusieurs modifications au code du travail en vue d'augmenter la durée annuelle du temps de travail :

– l'article L. 3121-44 qui autorise un accord d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, une convention ou un accord de branche à définir les modalités d'aménagement du temps de travail et à organiser la répartition de la durée de travail sur une période supérieure à la semaine. Il s'agit que l'accord puisse déterminer une limite annuelle inférieure à 1 619 heures pour le décompte des heures supplémentaires, soit 12 heures de plus qu'actuellement ;

– l'article L. 3121-41 qui dispose que, lorsqu'est mis en place un dispositif d'aménagement du temps de travail sur une période de référence supérieure à la semaine, les heures supplémentaires sont décomptées à l'issue de cette période de référence. Il s'agit de permettre, lorsque la période de référence est annuelle, que les heures effectuées au-delà de la 1 619^{e} heure soient considérées comme des heures supplémentaires (et plus au-delà de la 1 607^{e} heure) ;

– le 3° de l'article L. 3123-1 afin que soient considérés salarié à temps partiel les salariés dont la durée de travail annuelle est inférieure à 1 619 heures.

Le **II** opère une coordination pour les agents de l'État en modifiant l'article L. 611-1 du code général de la fonction publique. Celui-ci mentionne en effet que leur durée de travail effectif est celle fixée à l'article L. 3121-27 du code du travail, c'est-à-dire la durée légale de trente-cinq heures hebdomadaires, et que le décompte du temps de travail est effectué sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures. Cette durée est ainsi portée à 1 619 heures.

● Le **III** ajoute un 9° au II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale afin que la dernière heure de travail annuel mentionnée aux différents articles du code du travail et du code général de la fonction publique précitée soit exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

Les auteurs de l'amendement soulignent que cette disposition n'a d'autre motivation que d'assurer sa recevabilité dans la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

● Ces mêmes auteurs estiment qu'un accroissement de douze heures de la durée annuelle de travail générerait un rendement supérieur à 10 milliards d'euros pour les administrations publiques. Ils se fondent sur les estimations présentées par les sénatrices Élisabeth Doineau et Raymonde Poncet Monge dans leur rapport d'information, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat [(1)], qui estiment, selon un calcul qu'elles qualifient de « simple », que si chaque personne ayant un emploi travaillait une journée de plus, le solde des administrations publiques pourrait être amélioré de 6 milliards d'euros dont 2,5 milliards d'euros pour la sécurité sociale.

Les auteurs estiment enfin que la mesure d'exonération totale de la dernière heure de travail équivaudrait à une perte de 800 millions d'euros, sans toutefois préciser les hypothèses prises en compte pour un tel calcul.

2. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général partage, sur le fond, la conviction qu'il sera nécessaire de travailler plus. Il estime d'ailleurs, comme il l'a dit et écrit à de nombreuses reprises, que l'augmentation du taux d'emploi et de la quantité de travail sont des éléments clefs pour l'amélioration de la richesse nationale, et donc l'une des solutions les plus efficaces pour réduire les déficits de la sécurité sociale sans concession sur le pouvoir d'achat de tous ceux qui travaillent dur.

Cela étant, et on peut le regretter, il n'appartient pas à une loi de financement de la sécurité sociale de définir les règles applicables en matière de durée du travail. Or, l'appréciation de la recevabilité des amendements au Parlement est telle qu'un amendement peut être déclaré recevable car fictivement rattaché au domaine des lois de financement par la création d'une disposition de nature fiscale ou sociale ayant un effet sur les recettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

Pour autant, le Conseil constitutionnel procède à un contrôle plus approfondi. Il n'hésite pas, ce que ne font pas les autorités parlementaires chargées de l'examen de la recevabilité des amendements qui considèrent l'amendement comme un tout

---

(1) Rapport d'information n° 901 (2024-2025) de Mmes Élisabeth Doineau et Raymonde Poncet Monge au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat, « Sécurité sociale : la boîte à outils du Sénat », 23 septembre 2025.

indivisible, à censurer des dispositions cavalières au sein d'un article même si certaines autres dispositions relèvent bien du domaine des lois de financement.

En l'espèce, il est certain que l'article 11 *nonies* serait censuré par le Conseil constitutionnel.

● Au-delà de la seule question juridique, qui constitue déjà un obstacle considérable au maintien de cet article dans le projet de loi de financement, le rapporteur général estime qu'un tel choix de société ne peut être réglé par l'adoption d'un amendement sans réelle étude d'impact au détour d'une discussion sur les finances sociales.

Au demeurant, l'exposé sommaire de l'amendement à l'origine de cet article mentionne un gain estimé sans préciser si ce gain est brut ou net, c'est-à-dire en tenant compte notamment des dépenses publiques supplémentaires liées à l'application de l'augmentation du temps de travail aux agents publics.

En outre, si les auteurs citent les estimations de rendement présentées par les sénatrices Élisabeth Doineau et Raymonde Poncet Monge, ils omettent de rappeler, comme le font justement les sénatrices, qu'une augmentation de la durée de travail des personnes qui ont un emploi peut avoir des effets négatifs sur le taux d'emploi en phase basse du cycle économique, c'est-à-dire lorsque le produit intérieur brut est inférieur à son niveau potentiel [(1)]. Or, les données annexées aux textes budgétaires pour 2026 suggèrent que la croissance française (+ 1 % en 2026) se situerait en deçà de la croissance potentielle (+ 1,2 %) [(2)]. L'écart de production serait ainsi, en 2026, de l'ordre de – 0,6 % du produit intérieur brut potentiel [(3)].

Enfin, l'article modifie la durée de référence qui définit le début du décompte des heures supplémentaires. Or, il ne propose aucune coordination avec les dispositifs existants d'exonération, de sorte que son application pourrait conduire à des pertes de pouvoir d'achat pour les travailleurs bénéficiant de ces dispositifs sur leurs heures supplémentaires. Si la question de principe peut se défendre – privilégier les heures normales aux heures supplémentaires –, il semble que l'articulation entre la hausse du temps de travail et les dispositifs sociaux incitant au recours aux heures supplémentaires ne soit pas suffisamment prise en compte, ce qui nécessiterait des travaux complémentaires pour en préciser les ressorts et les conséquences.

● Compte tenu de cette réalité et indépendamment de l'intérêt réel du débat qu'il pose, le rapporteur général propose de supprimer l'article 11 *nonies*.

---

(1) Une production donnée peut alors plus facilement être effectuée avec moins d'effectifs, particulier lorsqu'elle est contrainte par la demande.

(2) Rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2026, p. 63.

(3) L'écart de production se mesure comme la différence entre le niveau effectif d'activité et le niveau potentiel en valeur absolue. Il s'accroît donc entre les années N et N+1 lorsque la croissance réelle est plus faible que la croissance potentielle même si l'écart entre la croissance réelle et la croissance potentielle diminue entre N et N+1, ce qui serait le cas entre 2025 et 2026.

Article 12

Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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 (PLF) 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.

Dans sa version initiale, la modification de la clef de répartition de la taxe sur les salaires ainsi que les nouvelles affectations d'autres contributions engendraient des effets financiers pour les branches de la sécurité sociale qui sont résumés dans le tableau suivant.

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	+ 1531	+ 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.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu six amendements rédactionnels du rapporteur général.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté cet article modifié par un amendement rédactionnel de la commission ainsi que par les amendements suivants.

● Les amendements identiques n° 622 de la commission et n° 1057 de Mme Raymonde Poncet Monge et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, malgré l'avis défavorable du Gouvernement. Ils suppriment les mouvements de recettes que l'article 12 effectue entre les branches de la sécurité sociale afin de répartir le « manque à gagner » découlant de la rétrocession à l'État des gains de la réforme des allégements généraux de cotisations sociales pour l'année 2025.

En effet, cette réforme a conduit, par la baisse du point de sortie des exonérations de 1,8 point de cotisations familiales et de 6 points de cotisations d'assurance maladie – dites « bandeaux famille et maladie » –, à un gain de 1,6 milliard d'euros pour la sécurité sociale. Lors de l'adoption des textes budgétaires pour l'année 2025, il fut décidé de conserver ce gain à la sécurité sociale et ne pas le rétrocéder à l'État. Ce choix initial est toutefois remis en cause par l'article 40 du PLF, qui intègre, dans la minoration de la part de TVA affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), la récupération totale des gains liés à la réforme des allégements généraux de cotisations pour l'année 2026 mais également pour l'année 2025.

Afin de protester contre ce choix, les sénateurs ont ainsi ajusté la clef de répartition de la taxe sur les salaires telle qu'elle résulte de l'article 12 dans les proportions suivantes :

– 7,24 points de plus pour la branche vieillesse, soit 1,294 milliard d'euros ;

– 1,67 point de plus pour la branche famille, soit 299 millions d'euros ;

– 8,91 points de moins pour la branche maladie, soit 1,593 milliard d'euros.

Les auteurs de l'amendement appellent le Gouvernement à tirer les conséquences du vote du Sénat en modifiant l'article 40 du PLF pour rehausser de 1,6 milliard d'euros la fraction de TVA affectée à la Cnam.

● Les amendements identiques n° 624 de la commission et n° 1186 de Mme Cathy Apourceau-Poly et des membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky, suivant l'avis favorable du Gouvernement.

Ces amendements suppriment les dispositions de l'article 12 permettant d'inscrire les excédents des opérations de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg) relatives à la contribution tarifaire d'acheminement (CTA) dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav). Les auteurs poursuivent toutefois deux objectifs différents.

Mme Cathy Apourceau-Poly motive son amendement par le fait qu'une telle disposition constituerait une modification de la CTA, dont l'objet d'est pas d'abonder les caisses de la Cnav, et qu'il n'appartiendrait pas aux usagers de l'électricité et du gaz de participer, en cette qualité, au financement du système de retraite.

La rapporteure générale de la commission des affaires sociales du Sénat estime quant à elle que cette disposition ferait courir le risque d'une requalification de la Cnieg, actuellement considérée comme une société financière, en administration publique, ce qui susciterait une hausse faciale du déficit des administrations publiques de plus de 20 milliards d'euros, soit 0,7 point de PIB. Aussi, si elle ne s'oppose pas en tant que tel à l'utilisation des excédents de contribution tarifaire d'acheminement à l'amélioration de la trésorerie de la Cnav, elle propose d'expertiser davantage les conséquences de ce dispositif en termes de comptabilité nationale.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général partage l'avis des sénateurs concernant la nécessité d'assurer une compensation réelle des pertes de recettes que les allégements de cotisations sociales engendrent pour les organismes concernés. Or, comme le rappelle la Cour des comptes dans sa dernière communication sur la situation financière de la sécurité sociale [(1)], les modalités de la compensation des allégements généraux par l'État aboutissent à ce que celle-ci soit sous-calibrée, à hauteur de 5,5 milliards d'euros en 2024.

La Cour estime ainsi que, « *au regard du niveau élevé du déficit de la sécurité sociale, la baisse de la TVA de 3,0 milliards d'euros en 2026 est préjudiciable à la lisibilité des efforts consentis en matière de meilleure maîtrise des niches sociales ; elle revient de plus sur la décision prise en 2025 de laisser les 1,6 milliard d'euros restants à la sécurité sociale afin de contribuer à son retour à l'équilibre financier, conformément à la recommandation de la Cour, et à réduire la sous-compensation des allègements* ».

Le rapporteur général propose donc de maintenir la rédaction de l'article 12 résultant des amendements n[os] 622 et 1057 pour soutenir le principe. Il rappelle toutefois deux éléments :

– d'une part, qu'il a proposé des amendements à l'article 40 du projet de loi de finances afin de rehausser la part de TVA affectée à la Cnam d'un montant correspondant aux gains générés par la réforme des allégements généraux non seulement pour 2025 mais aussi pour 2026, à hauteur donc de 3,1 milliards d'euros. Ledit projet ayant été considéré comme rejeté suite au rejet de sa première partie en

(1) Cour des comptes, La situation financière de la sécurité sociale – Une perspective de redressement fragile en 2026, une impasse de financement préoccupante*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, octobre 2025.*

première lecture par l'Assemblée nationale, il appartiendra d'opérer une telle modification au cours de la navette parlementaire ;

– d'autre part, l'article 12 devrait, comme chaque année, faire l'objet d'une modification en fin de parcours législatif afin de tirer les conséquences des votes intervenus sur la tuyauterie financière de la sécurité sociale. Il y a donc fort à parier que la clef de répartition de taxe sur les salaires telle qu'elle résulte des votes intervenus au Sénat doive être modifiée.

● S'agissant de la modification proposée par les amendements n°s 624 et 1186, le rapporteur général ne partage pas les motivations de fond. Il rappelle ainsi que la contribution tarifaire d'acheminement a été mise en place pour permettre le financement de la part des prestations du régime des industries électriques et gazières correspondant aux activités régulées antérieures à 2005 (1), c'est-à-dire à l'ouverture du secteur à la concurrence ; qu'elle devrait rapporter 2,2 milliards d'euros en 2026 alors que les droits spécifiques qu'elle finance ne devraient s'élever qu'à 1,3 milliard d'euros la même année, soit un excédent estimé de 900 millions d'euros (2).

La mesure qui est proposée à l'article 12 consiste à transférer à la Cnav des excédents qui ne peuvent pas, en l'état actuel de la législation, être affectés à d'autres fins. Cette mesure est neutre financièrement car la Cnieg est déjà adossée à la Cnav mais elle permet à cette dernière d'avoir des facilités de trésorerie et de réduire son recours à l'endettement. C'est donc vertueux sur le plan financier puisque cela conduira à payer moins d'intérêts sur la dette.

Sur la question relative à la requalification de la Cnieg en administration publique, le rapporteur général s'étonne que l'inscription des excédents de CTA dans les comptes financiers de la Cnav soit de nature à remettre en cause la qualification même de la Cnieg en comptabilité nationale. Le rapporteur général rappelle que la Cnieg est déjà adossée à la Cnav depuis le 1er janvier 2005 et que, compte tenu de la fermeture du régime par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 et de la réforme du schéma de financement du système de retraite résultant de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 (3), elle a vocation à être intégrée financièrement au régime général lorsque ses fonds propres ne permettront plus son équilibrage en application du 3° de l'article L. 134-3 du code de la sécurité sociale (4).

Lors de l'examen de l'article 12 en séance publique au Sénat, le ministre du travail et des solidarités a toutefois confirmé le besoin d'expertiser cette question afin d'assurer qu'une telle mesure ne se traduirait pas par une requalification de la Cnieg

---

(1) Ces activités régulées correspondent aux activités d'acheminement de l'énergie : distribution et transport d'électricité et de gaz naturel.

(2) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2025.

(3) Article 15 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(4) Rappelons au passage que la Cnieg est excédentaire du fait même que le rendement de la CTA excède le montant des prestations versées au titre des droits spécifiques passés correspondant aux activités « régulées ».

au sens de la comptabilité nationale. Le ministre s'est donc prononcé pour sa suppression en indiquant saisir l'Institut national de la statistique et des études économiques de ce problème.

● Le rapporteur général propose d'adopter l'article 12 dans sa rédaction issue du Sénat moyennant des modifications rédactionnelles.

Article 12 bis *A (nouveau)*
Extension aux fonds de dotation de l'abattement de taxe sur les salaires applicable à d'autres organismes sans but lucratif

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Cet article est issu de l'adoption en séance publique, la commission comme le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse du Sénat, de l'amendement n° 934 rect. de Mme Catherine Conconne et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

a. Le droit existant

Deux séries de dispositions du code général des impôts sont relatives à la taxe sur les salaires.

La section 2 du chapitre III du titre I^er^ de la première partie de son livre I^er^ définit :

* son assiette, à savoir les sommes prises en compte pour la contribution sociale généralisée (article L. 136-1 du code de la sécurité sociale) à l'exception de deux avantages sur les plus-values tirées d'actions (articles 80 *bis* et 80 *quaterdecies* du code général des impôts) ;

* ses exemptions, à savoir les rémunérations versées par les employeurs dont le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile précédant le versement de ces rémunérations n'excède pas les plafonds définis aux I et I *bis* de l'article 293 B du code général des impôts, c'est-à-dire 85 000 euros ou 50 000 euros dans des cas particuliers, et les rémunérations payées par l'État sur son budget général « *lorsque cette exonération n'entraîne pas de distorsion dans les conditions de la concurrence* » d'une part et les indemnités servies à raison du chômage, de l'activité partielle ou de certaines périodes de formation, de reclassement, de reconversion ;

* son barème, à savoir 4,25 % jusqu'à 9 147 euros puis 8,50 % sur la fraction allant jusqu'à 18 259 euros et 13,60 % au-delà (taux dits majorés), le taux de base étant porté à 2,95 % (Guadeloupe, Martinique et La Réunion) ou 2,55 % (Mayotte)

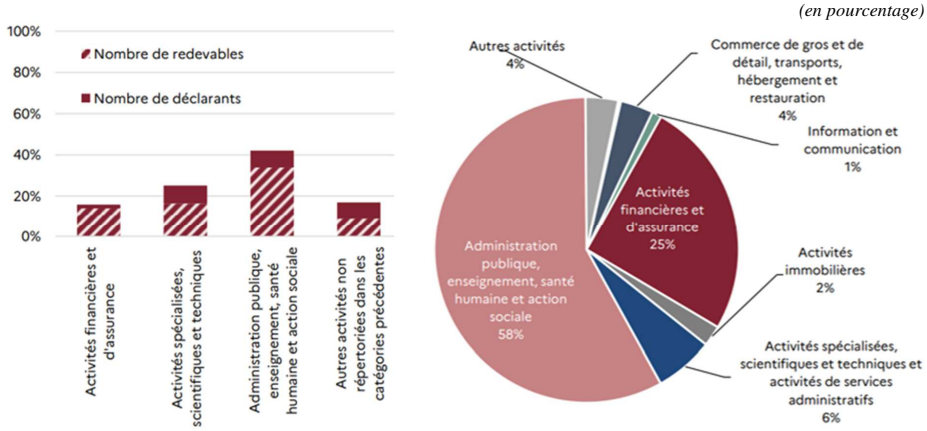
et les taux majorés ne s'appliquant pas aux rémunérations versées par les personnes physiques ou morales, associations et organismes en outre-mer ;

* ses redevables, déterminés de manière complexe mais dont il est possible de retenir qu'il s'agit surtout des employeurs dont le chiffre d'affaires n'est pas pour au moins 90 % imposable à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) ;

* les employeurs exonérés, à savoir les collectivités territoriales, leurs régies et leurs groupements, les établissements publics de coopération culturelle ou environnementale, les services départementaux d'incendie et de secours, les centres d'action sociale dotés d'une personnalité propre lorsqu'ils sont subventionnés par les collectivités territoriales et divers établissements de formation.

RÉPARTITION SECTORIELLE DES REDEVABLES DE LA TAXE SUR LES SALAIRES (gauche) **ET DE LEUR POIDS DANS SON PRODUIT** (droite) **EN 2023**

(en pourcentage)



Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (octobre 2025).

Le sous-paragraphe 6 du paragraphe 2 de la section 1 du chapitre I[er] de son livre II concerne :

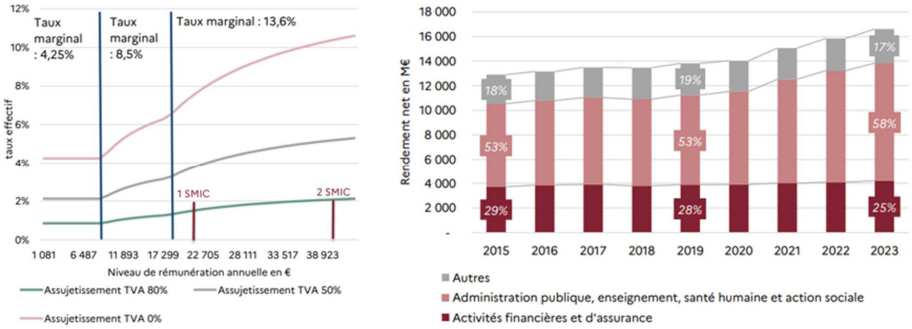
* ses modalités de recouvrement (la taxe n'est notamment pas due si elle ne dépasse pas 1 200 euros et, lorsqu'elle ne dépasse pas 2 040 euros, une décote des trois quarts de la différence entre son montant et ce seuil est accordée) ;

* l'abattement consistant en le fait qu'elle ne soit exigible que pour la partie de son montant dépassant 24 041 euros (somme relevée chaque année dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche de l'impôt sur le revenu) pour les associations régies par la loi du 1[er] juillet 1901, les fondations reconnues d'utilité publique, les centres de lutte contre le cancer, les syndicats professionnels et leurs unions et les mutuelles (selon, pour ces dernières, leur effectif).

Quoique la première section susmentionnée figure dans une partie du code général des impôts intitulée « impôts d'État » (ce qu'elle était en 1948), la taxe sur les salaires a vu son produit progressivement affecté à la sécurité sociale et tel est aujourd'hui le cas à concurrence de 100 %, avec une répartition entre les branches des régimes obligatoires de base (Robss) qui change annuellement avec l'article dit « tuyau » de la loi de financement de la sécurité sociale (*cf. supra* le commentaire de l'article 12, sur le 1° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale). En 2024, le rendement de la taxe sur les salaires s'est établi à 17,4 milliards d'euros.

TAUX EFFECTIF DE TAXE SUR LES SALAIRES EN FONCTION DE LA RÉMUNÉRATION (gauche) **ET ÉVOLUTION DE SON RENDEMENT DE 2015 À 2023** (droite)

(en pourcentage ; en euros ou millions d'euros)



Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (octobre 2025).

b. Le dispositif proposé

Cet article modifie la première phrase du premier alinéa de l'article 1679 A du code général des impôts pour que l'abattement susmentionné de 24 041 euros au titre de la taxe sur les salaires soit étendu aux fonds de dotation.

Un fonds de dotation est, aux termes de l'article 140 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, modifié pour la dernière fois par le XIV de l'article 31 de l'ordonnance n° 2023-1142 du 6 décembre 2023 [(1)], une « *personne morale de droit privé à but non lucratif qui reçoit et gère, en les capitalisant, des biens et droits de toute nature qui lui sont apportés à titre gratuit et irrévocable et utilise les revenus de la capitalisation en vue de la réalisation d'une œuvre ou d'une mission d'intérêt général ou les redistribue pour assister une personne morale à but non lucratif dans l'accomplissement de ses œuvres et de ses missions d'intérêt général* » ; il est donc constitué par du capital ou des dons et legs,

(1) Ordonnance n° 2023-1142 du 6 décembre 2023 relative à la publication et à la certification d'informations en matière de durabilité et aux obligations environnementales, sociales et de gouvernement d'entreprise des sociétés commerciales, prise sur le fondement de l'habilitation votée à l'article 12 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 ; un projet de loi de ratification a été déposé sur le bureau du Sénat le 28 février 2024.

en pouvant faire appel à la générosité du public pour développer son patrimoine au-delà de l'apport de ses fondateurs mais sans pouvoir bénéficier de crédits publics.

2. La position du rapporteur général

Estimant préférable la voie de l'abattement à celle de la non-application des taux majorés et *a fortiori* de l'exonération, le rapporteur général propose de conserver l'article 12 *bis* A dans sa rédaction résultant des travaux du Sénat.

L'effet budgétaire de la mesure additionnelle devrait être négligeable :

– les bénéficiaires seront très peu nombreux puisque la Fondation de France indique certes que 2 833 fonds de dotation étaient constitués en 2024 mais que parmi ceux-ci l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) estimait que seuls 116 étaient actifs en 2018, avec 312 salariés ou 253 à temps plein ;

– la masse salariale correspondante n'est pas connue, ni d'ailleurs l'échelle des salaires concernés, mais à titre parfaitement hypothétique l'assiette de taxe sur les salaires serait, pour la grosse centaine de fonds de dotation avec du personnel, d'environ 8 à 10 millions d'euros, soit une moyenne avoisinant les 4 200 euros selon une base de rémunération très conventionnelle aussi, ce qui donne une assiette d'un peu moins de 500 000 euros dont résulterait, si l'abattement leur était étendu (alors que sa valeur de 24 041 euros est déjà presque le sextuple de l'impôt dû) une baisse de la recette qui avec un calcul conservateur n'excéderait pas 350 000 euros ;

– mais le rapporteur général émet des réserves et invite le lecteur à la plus grande prudence dans la prise en considération de ces chiffres car si l'assiette est très petite, il est difficile d'estimer la part du secteur non lucratif dans toutes les structures relevant théoriquement de la taxe sur les salaires et, s'agissant des fonds de dotation, de savoir à plus forte raison ceux qui sont non seulement actifs mais aussi employeur et pour ces derniers la mesure dans laquelle les rémunérations versées s'approchent ou diffèrent de ce que l'on voit, toujours en pure moyenne, dans l'économie sociale et solidaire.

*

* *

Article 12 bis

Transfert d'une fraction de contribution sociale généralisée de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie vers les départements

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 12 *bis* est issu d'amendements identiques n° 14 de Mme Sylvie Bonnet et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, n° 417 de M. Vincent Descoeur et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine), n° 442 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et plusieurs de ses collègues du groupe Horizons & Indépendants, n° 456 de M. Yannick Monnet et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine et n° 960 de M. Vincent Rolland et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine malgré un avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Il transfère une part de CSG actuellement affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux départements, à hauteur de 0,04 point en 2026 puis en 2027.

L'objet de cette mesure est de permettre aux départements de compenser les coûts résultant du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH), deux prestations qui connaissent une évolution particulièrement dynamique depuis une quinzaine d'années.

● Le **I** modifie l'article L. 3332-1 du code général des collectivités territoriales relatif aux recettes fiscales de la section de financement du budget des départements afin d'y ajouter le produit des contributions sociales mentionnées à l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale [(1)], dans les conditions précisées à l'article L. 131-8 du même code.

En parallèle, l'article modifie l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale afin de réduire la fraction de CSG attribuée à la branche autonomie de 2,08 % à 2,04 % à compter du 1er janvier 2026 (***a*** du **1**° et du **4**° du **II** et **A** du **III**), puis de 2,04 à 2,00 % à compter du 1er janvier 2027 (***b*** du **1**° et du **4**° du **II** et **B** du **III**), soit une réduction totale de 0,08 point de CSG.

Plusieurs alinéas sont insérés au même article L. 131-8 afin de prévoir qu'une fraction de 0,04 % du produit de la CSG est affectée aux départements à compter du

(1) C'est-à-dire la contribution sociale généralisée.

1er janvier 2026 (**2**° et **5**° du **II** et **A** du **III**), cette fraction étant portée à 0,08 % à compter du 1er janvier 2027 (**3**° et **6**° du **II** et **B** du **III**).

Ce transfert entraînerait une perte de recettes pour la branche autonomie estimée par le rapporteur général à 720 millions d'euros en 2026, puis d'environ 720 millions d'euros supplémentaires l'année suivante.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté des amendements de suppression de la commission des affaires sociales (n° 625) et de Mme Raymonde Poncet Monge et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires (n° 1058 rect.) suivant l'avis du Gouvernement. Les sénateurs ont en effet jugé que la situation financière de la branche autonomie ne permettait pas un tel transfert.

3. La position du rapporteur général

● En première lecture, le rapporteur général avait émis un avis défavorable sur les amendements à l'origine de l'article 12 *bis*.

En effet, s'il est particulièrement sensible à la situation des départements, qui subissent un effet ciseau entre, d'une part, la chute des recettes issues des droits de mutation à titre onéreux (DMTO) et, d'autre part, la hausse des dépenses d'aides à la personne et de frais d'hébergement, qui reflète les revalorisations des prestations sociales et des tarifs des intervenants médico-sociaux, ainsi que l'augmentation de leurs bénéficiaires, il l'est tout autant à la situation financière de la branche autonomie.

Or, les perspectives financières de cette branche sont particulièrement défavorables puisqu'elle serait en déficit de 0,3 milliard d'euros en 2025 et de 1,7 milliard d'euros entre 2026 et 2029. Le présent article aurait donc pour conséquence d'assombrir davantage ces perspectives pour porter le déficit de la branche à 2,4 milliards d'euros en 2026 et à plus de 3 milliards d'euros en 2027.

● Les modalités des concours versés par la CNSA aux départements ne sont certes pas satisfaisantes et ne permettent pas d'atteindre le niveau de compensation de 50 % demandé par Départements de France. En effet, en 2024, les taux de compensation des dépenses d'APA et de PCH par la CNSA atteignent respectivement 43 % et 30 % [(1)]. Il faut toutefois constater que l'on observe un redressement depuis quelques années et que la solution à ce problème ne réside à l'évidence pas dans la ponction des ressources de l'organisme précisément chargé de compenser financièrement ces charges pour les départements.

---

(1) Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale de la branche autonomie, annexe au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2024.

Sur le plan des principes par ailleurs, le rapporteur général estime que l'affectation de CSG à un organisme ne relevant pas du périmètre des administrations de sécurité sociale est un dangereux précédent [(1)].

Pour ces raisons, et malgré le vote émis par l'Assemblée nationale en première lecture, il propose de maintenir la suppression de cet article.

*

* *

Article 12 ter *A (nouveau)*

Maintien des réductions proportionnelles des cotisations patronales maladie et famille pour la SNCF, la RATP et les entreprises des industries électriques et gazières

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat en première lecture.

1. Les dispositions du projet de loi issues de l'examen en première lecture au Sénat

Cet article résulte de l'adoption par le Sénat, suivant l'avis de la commission et du Gouvernement, de l'amendement n° 1086 rect. *bis* de M. Didier Mandelli et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains. Il procède à plusieurs ajustements de la réforme des allégements généraux de cotisations patronales prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Pour l'essentiel, l'article 12 *ter* A tend à conserver à certaines entreprises qui ne sont pas éligibles à la réduction générale de cotisations patronales le bénéfice des réductions proportionnelles des cotisations d'assurance maladie, ou « bandeau maladie », et d'allocations familiales, dite « bandeau famille », dont la dernière loi de financement a prévu la suppression à compter du 1er janvier 2026 dans le cas des employeurs qui bénéficient la réduction générale précitée (**a**) [(2)].

Dans le même mouvement, l'article précise, à droit constant, la définition du champ d'application des entreprises et des rémunérations éligibles à la réduction générale dégressive (**b**) et toilette les dispositions relatives au cumul de certaines exonérations spécifiques conçues sur le même modèle avec les déductions forfaitaires de cotisations patronales applicables à la rémunération des heures supplémentaires (**c**).

---

(1) La CSG est essentiellement affectée à des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) mais une partie de son rendement est affectée à la Cades et à l'Unedic qui, s'ils ne relèvent pas de la sécurité sociale stricto sensu*, sont bien des administrations de sécurité sociale au sens du système européen des comptes.*

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

a. La pérennisation des bandeaux pour la SNCF, la RATP et les entreprises de la branche des industries électriques et gazières au titre d'une partie de leurs salariés

● En application du premier alinéa du II de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, la réduction générale porte sur les cotisations dues par l'employeur sur les revenus d'activité versés aux salariés au titre desquels il est soumis à l'obligation d'affiliation au régime d'assurance chômage – conformément à la vocation de ce dispositif conçu pour favoriser l'emploi au sein du secteur concurrentiel – ainsi qu'aux salariés des entreprises contrôlées majoritairement par l'État et à ceux relevant soit des établissements publics à caractère industriel et commercial des collectivités territoriales, soit des sociétés d'économie mixte dans lesquelles ces collectivités ont une participation majoritaire.

Conformément au second alinéa du même II, les employeurs relevant de régimes spéciaux autres que ceux des marins, des mines et des clercs et employés de notaires ne peuvent bénéficier de la réduction générale au titre de leurs salariés affiliés à ces régimes. La doctrine administrative précise que ces employeurs peuvent toutefois bénéficier de l'allégement général au titre de leurs autres salariés, dès lors qu'ils satisfont à la condition d'affiliation au régime d'assurance chômage (1).

Sont notamment concernés par cette exclusion du bénéfice de la réduction générale la Société nationale des chemins de fer français (SNCF), la Régie autonome des transports parisiens (RATP), la Banque de France, l'Opéra national de Paris, la Comédie-Française ainsi que les entreprises dont les salariés relèvent du statut national du personnel des industries électriques et gazières (IEG).

● Par renvoi aux dispositions précitées de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, les champs d'application respectifs du bandeau maladie (2) et du bandeau famille (3) sont en principe identiques à celui de la réduction générale dégressive.

Toutefois, par dérogation, ces réductions s'appliquent aussi, dès lors qu'ils relèvent d'un régime spécial :

– tant pour le bandeau maladie que pour le bandeau famille, aux salariés des entreprises contrôlées majoritairement par l'État et à ceux relevant soit des établissements publics à caractère industriel et commercial des collectivités territoriales, soit des sociétés d'économie mixte dans lesquelles ces collectivités ont une participation majoritaire (4) ;

---

(1) Bulletin officiel de la sécurité sociale*, « Allègements généraux », §90.*

(2) Premier alinéa de l'article L. 241-2- 1 du code de la sécurité sociale.

(3) Premier alinéa de l'article L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale.

(4) En application du second alinéa de l'article L. 241-2-1 précité.

– dans le cas du seul bandeau maladie, aux salariés des entreprises de la branche professionnelle des industries électriques et gazières soumis au statut national du personnel desdites industries (1).

Il convient de relever que, les entreprises concernées n'étant pas éligibles à l'une des réductions dégressives spécifiques de cotisations patronales concernées par la cristallisation des bandeaux prévue par la dernière loi de financement (2), elles bénéficient de ces réductions proportionnelles dans les mêmes conditions que les employeurs entrant dans le champ d'application des allégements généraux de droit commun et sont concernés à ce titre par la diminution du point de sortie du bandeau famille de 3,5 fois le Smic à 3,3 fois le Smic et de celui du bandeau maladie, qui est passé de 2,5 fois le Smic à 2,25 fois le Smic (3).

La cristallisation des bandeaux famille et maladie pour les bénéficiaires d'exonérations dégressives spécifiques de cotisations patronales

La version initiale de la réforme des allégements généraux proposée par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 prévoyait la suppression complète des bandeaux famille et maladie à compter du 1er janvier 2026 pour l'ensemble des employeurs. Dans le cas des bénéficiaires des allégements de droit commun, la suppression des réductions proportionnelles 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 l'habilitation du Parlement à réformer par ordonnance ces exonérations spécifiques de cotisations patronales. La formulation particulièrement large de cette habilitation a conduit le législateur à préférer, durant la réunion de 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 (4). Concomitamment, le texte issu des travaux parlementaires a prévu que, pour les seuls bénéficiaires d'exonérations spécifiques, les bandeaux famille et maladie continuent de s'appliquer sous leur forme antérieure à l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (5).

(1) Conformément au second alinéa de l'article L. 241-6-1 précité.

(2) IX de l'article 18 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(3) 1° du III de l'article 18 de la loi n° 2025-199 précitée.

(4) 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 X de l'article 18 de la loi n° 2025-199 précitée.*

(5) IX de l'article 18 de la loi n° 2025-199 précitée.

● Dès lors, compte tenu de la suppression des bandeaux et de leur exclusion du champ d'application de la réduction générale, ces entreprises ne seraient par défaut couvertes par aucun régime d'exonération à compter du 1er janvier prochain.

● C'est pourquoi l'article 12 *ter* A propose de maintenir, pour ces entreprises et sous la forme actuellement applicable à celles-ci, le bandeau maladie (**2**° du **V**) et le bandeau famille (**2**° du **VI**), uniquement pour les salariés desdites entreprises qui ne donnent pas lieu à l'application de la réduction générale.

Il précise également l'intervalle dans lequel se situe le point de sortie de chaque exonération proportionnelle en supprimant dans les deux cas la référence au plancher de 2 fois le Smic en vigueur – survivance de la mesure de gel prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 (1) – au profit de la mention des valeurs minimales et maximales de ce seuil issues de la récente réforme des allégements généraux, soit respectivement 2,25 et 3,3 fois le Smic en vigueur et 2,25 et 3,3 fois le salaire minimum applicable au 31 décembre 2023.

Dans le même mouvement, l'article rassemble en un seul emplacement cette nouvelle dérogation à la suppression des bandeaux et celle actuellement prévue par le IX de l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, qui concerne les bénéficiaires de réductions dégressives de cotisations patronales dont le bénéfice n'est pas cumulable avec l'allégement général (*cf.* respectivement le **1**° du **V** dans le cas du bandeau maladie et le **1**° du **VI** s'agissant du bandeau famille). Le **VII** abroge par coordination le IX de l'article 18 précité.

b. La précision du champ d'application de la réduction générale

Le **1**° du **I** clarifie la définition des revenus pris en compte dans le calcul de la réduction générale ainsi que la liste des salariés et des entreprises entrant dans son champ d'application.

En particulier, il intègre expressément à celui-ci, outre les salariés des entreprises contrôlées par l'État, les salariés des entreprises de la branche professionnelle des industries électriques et gazières et les salariés de La Poste qui ne sont pas affiliés à un régime spécial (**quatrième alinéa** du **1**° du **I**).

c. Le toilettage des dispositions relatives au cumul de certaines exonérations avec les déductions forfaitaires de cotisations patronales au titre de la rémunération des heures supplémentaires

● Comme l'avait déjà fait l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 dans le cas de la réduction générale, l'article 12 *ter* A précise dans le dispositif juridique d'autres exonérations que celles-ci sont cumulables aussi bien avec la déduction forfaitaire applicable à la rémunération des heures supplémentaires

(1) Article 20 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

dans les entreprises de moins de cinquante salariés qu'avec la déduction mise en œuvre dans les entreprises de cinquante à deux cent cinquante salariés.

Par ailleurs, il tire les conséquences de la reprise en son **V** et en son **VI** de la teneur des dispositions du IX de l'article 18 précité et prévoit explicitement dans le dispositif des différentes réductions dégressives spécifiques de cotisations patronales la possibilité d'en cumuler le bénéfice avec celui des bandeaux famille et maladie.

● Cette mesure de toilettage et de coordination concerne :

– les exonérations applicables aux employeurs installés dans les zones France ruralités revitalisation (ZFRR et ZFRR+, **2**° du **I**) ;

– le dispositif « Lopom » d'exonération de cotisations patronales applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon (**4**° du **I**) ;

– les exonérations du dispositif « Lodeom » applicable dans les départements et régions d'outre-mer et dans les collectivités d'outre-mer (**5**° du **I**) ;

– l'exonération au titre de l'embauche de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE, **II**) ;

– l'exonération applicable dans les zones de revitalisation rurale (ZRR, **III**) ;

– l'exonération applicable dans les zones de restructuration de la défense (ZRD, **IV**).

Le **3**° du **I** opère une coordination à l'article L. 711-13 du code de la sécurité sociale, relatif aux conditions d'application de la réduction générale et de la déduction forfaitaire au titre de la rémunération des heures supplémentaires dans les entreprises de moins de cinquante salariés aux employeurs des régimes spéciaux des marins, des mines et des clercs et employés de notaires, pour y mentionner également la déduction applicable aux entreprises d'un effectif supérieur.

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* *

Article 12 ter
Rendre automatique l'annulation des cotisations sociales prises en charge par l'assurance maladie en cas de fraude

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 12 *ter* est issu d'un amendement de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés (n° 493). Le Gouvernement et le rapporteur général s'en sont remis à la sagesse de l'Assemblée nationale.

Il modifie l'article L. 114-17-1-1 du code de la sécurité sociale afin de rendre automatique et obligatoire l'annulation de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé reconnus coupables de faits à caractère frauduleux.

● L'objet de cette mesure est de renforcer la lutte contre la fraude sociale et fiscale, dont 68 % des montants constatés sont imputables à des professionnels de santé [(1)]. Le ciblage prioritaire de ces pratiques constitue ainsi un levier déterminant pour améliorer l'efficacité de la politique antifraude.

La création de l'article L. 114-17-1-1 du code de la sécurité sociale par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 constituait une indéniable avancée dans la lutte contre la fraude sociale. En effet, les caisses primaires d'assurance maladie ne pouvaient auparavant que suspendre pour l'avenir la prise en charge des cotisations dues par les professionnels de santé frauduleux, et non l'annuler complètement et rétroactivement.

Toutefois, en l'état du droit, les organismes locaux d'assurance maladie disposent d'une souplesse dans l'application des sanctions. Le présent article vise à les rendre systématiques, tout en maintenant une marge d'appréciation quant à la détermination du montant des sommes à recouvrer. Cette flexibilité permet de prévenir un risque d'inconstitutionnalité, l'automaticité pouvant être contraire au principe d'individualisation des peines.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté un amendement de suppression de la commission des affaires sociales (n° 626), avec un avis favorable du Gouvernement, jugeant sur le

(1) « Lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie : des résultats records en 2024 », Caisse nationale de l'assurance maladie, mars 2025.

fond que l'automaticité ainsi prévue priverait les caisses d'assurance maladie de marges de manœuvre pour appliquer les sanctions de façon proportionnée et que, sur la forme, il serait préférable de centraliser les dispositions sur la fraude dans le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales.

3. La position du rapporteur général

● En première lecture, le rapporteur général a émis des doutes sur la constitutionnalité d'une mesure prévoyant l'automaticité de l'annulation des cotisations des professionnels de santé prises en charge par l'assurance maladie.

Soucieux de renforcer la lutte contre la fraude, il a toutefois donné un avis de sagesse, jugeant qu'il appartiendrait au Conseil constitutionnel de se prononcer sur le fond de la mesure.

● Il note toutefois que l'article 17 *bis* A du projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, inséré par le Sénat en séance publique [(1)], reprend à l'identique les dispositions de l'article 12 *ter*.

Il y a donc un véritable besoin d'articulation entre les dispositions adoptées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale et dans le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, ce que le rapporteur général a dit avec constance lors de l'examen en première lecture.

Dans la mesure où le premier a *a priori* vocation à être adopté définitivement puis promulgué avant le second, et que le dispositif cible certes les professionnels de santé coupables de fraude mais concerne la prise en charge de cotisations par l'assurance maladie, il lui semble donc plus judicieux de conserver ces dispositions dans le présent projet de loi de financement et de rétablir cet article dans la rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale.

Il reviendra à la navette parlementaire sur le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales de nettoyer le texte des dispositions adoptées et promulguées dans le cadre de la loi de financement.

---

(1) Amendement n° 88 de M. Jean-Luc Fichet et des membres du groupe Socialiste, Écologistes et Républicain déposé en séance publique au Sénat sur le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales.

Article 12 quater

Limiter à un mois le délai de transmission à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et à la Caisse nationale des allocations familiales des déclarations souscrites par les plateformes numériques auprès de la direction générale des finances publiques et recentrer le dispositif de précompte des cotisations sociales sur les plateformes d'emploi

Origine de l'article : amendements adoptés en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 12 *quater* est issu de l'adoption des amendements identiques n° 774 de M. Paul Midy (groupe Ensemble pour la République) et n° 1178 de Mme Anne-Cécile Violland (groupe Horizons & Indépendants), lesquels avaient fait l'objet d'une demande de retrait du rapporteur général et du Gouvernement.

L'article 12 *quater* propose de modifier l'article L. 114-19-1 du code de la sécurité sociale afin de réduire à un mois le délai de transmission des données du fichier dit « DAC7 » entre la direction générale des finances publiques (DGFiP), d'une part, et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) et la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), d'autre part. Il complète également l'article L. 613-6 du même code pour exclure les micro-entrepreneurs utilisant des plateformes de ventes de biens du dispositif de précompte des cotisations sociales par les plateformes.

● Actuellement, la transmission du fichier « DAC7 », qui comporte l'ensemble des informations des opérations réalisées par les utilisateurs des plateformes de vente en ligne, de la DGFiP à l'Acoss et à la Cnaf, doit se faire au plus tard le 31 décembre de l'année au cours de laquelle cette déclaration est effectuée en application de l'article 1649 *ter* A du code général des impôts [(1)]. Selon les auteurs, ce délai de plusieurs mois obère la capacité de contrôle des fraudes par l'Acoss et la Cnaf. Il concerne toutes les plateformes sans distinction [(2)].

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a amorcé une première réforme destinée à lutter contre la fraude aux cotisations par les travailleurs des plateformes numériques, dont l'entrée en vigueur est prévue le 1er janvier 2027 [(3)].

---

(1) Article L. 144-19-1 du code de la sécurité sociale.

(2) L'économie collaborative, au sens du dispositif DPI-DAC7, concerne les activités de vente de biens, de prestations de services personnels, de location de moyens de transport ou de location de biens immobiliers qui sont réalisées au moyen d'une plateforme numérique de mise en relation par des vendeurs ou prestataires qui sont des personnes physiques ou des personnes morales et qui sont résidents de certains États ou territoires, y compris la France.

(3) Article 6 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Elle vise notamment à remédier aux situations de sous-déclaration des revenus, particulièrement prégnante s'agissant des travailleurs des plateformes avec un impact financier évalué entre 1,3 et 1,7 milliard d'euros [(1)] à travers un mécanisme de précompte des cotisations sociales. Ce ne sera ainsi plus au micro-entrepreneur de déclarer ses revenus à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), mais directement à la plateforme d'y procéder et de régler les cotisations sociales afférentes.

● L'article 12 *quater* recentre cette réforme en réduisant le dispositif aux seules plateformes qui déterminent les caractéristiques du service et fixent en amont le prix des prestations, autrement dit, les plateformes d'emploi telles que celles de voiture de transport avec chauffeur (VTC). Seraient ainsi exclues les plateformes de mise en relation entre acheteurs et vendeurs de types « places de marché ». En contrepartie il accélère la transmission des données relatives aux opérations effectuées par les utilisateurs de plateformes entre la DGFiP, l'Acoss et la Cnaf.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté l'amendement de suppression de la commission (n° 627) avec un avis favorable du Gouvernement.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général partage l'avis des sénateurs sur le fait qu'il n'apparaît pas opportun de restreindre le périmètre d'un dispositif dont l'expérimentation n'a pas encore commencé.

Pour rappel, le précompte des cotisations sociales des travailleurs des plateformes par ces dernières fera l'objet d'une expérimentation à compter d'avril 2026 par huit plateformes différentes.

Le rapporteur général juge donc préférable d'attendre les conclusions de cette expérimentation afin de savoir si un resserrement du dispositif est nécessaire. Il propose donc de maintenir la suppression de l'article 12 *quater*.

*

* *

(1) « Observatoire de l'impact du travail dissimulé sur les finances sociales », Haut Conseil du financement de la protection sociale, décembre 2024.

Article 12 quinquies
Supprimer les dérogations au principe de compensation des exonérations ciblées de cotisations sociales

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 12 *quinquies* est issu de l'amendement n° 1314 du rapporteur général, lequel a reçu un avis défavorable du Gouvernement.

Il supprime les dispositions prévoyant l'absence de compensation des niches sociales suivantes :

– l'exonération de cotisations salariales applicable aux heures supplémentaires en modifiant le 1° du II de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale (**I**) ;

– les exonérations de cotisations employeur dans le cadre des contrats d'accompagnement dans l'emploi en modifiant le 1° de l'article L. 5134-31 du code du travail (**1**° du **II**) ;

– les exonérations de cotisations et contributions applicables aux contrats de sécurisation professionnelle et aux stagiaires en milieu professionnel adapté en abrogeant les II et III de l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (**III**).

Suite à l'engagement pris en séance par la ministre de l'action et des comptes publics de faire « *figurer en priorité dans* [ses] *calculs la compensation des exonérations, afin de réallouer des ressources à la sécurité sociale* » et que « *les heures supplémentaires* [seraient] *l'un des éléments* [qu'ils prendraient] *très sérieusement en compte* » [(1)], le rapporteur général retira son amendement qui fut finalement repris par M. Hadrien Clouet (groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire) puis adopté par l'Assemblée nationale.

● En application de la « loi Veil » de 1994 [(2)], les exonérations de cotisations sociales créées après son entrée en vigueur font l'objet d'une compensation par crédits budgétaires sauf disposition expresse de non-compensation [(3)], laquelle ne

(1) Compte rendu de la première séance du samedi 8 novembre 2025 à l'Assemblée nationale.

(2) Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

(3) Article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

peut figurer que dans une loi de financement de la sécurité sociale [1]. Toutes les exonérations non compensées juridiquement par application de la loi Veil ne font toutefois pas l'objet d'une absence de compensation financière puisque certaines d'entre elles s'accompagnent d'une affectation de recettes fiscales [2].

● S'agissant des exonérations ciblées prenant la forme d'une réduction de taux ou de points de cotisations [3], les pertes de recettes liées à l'absence de compensation se sont élevées à près de 2,7 milliards d'euros en 2024 [4] :

– 2,3 milliards d'euros pour l'exonération de cotisations salariales applicable aux heures supplémentaires ;

– 110 millions d'euros pour les exonérations de cotisations employeur dans le cadre des contrats d'accompagnement dans l'emploi ;

– 200 millions d'euros pour les exonérations de cotisations et contributions applicables aux contrats de sécurisation professionnelle et aux stagiaires en milieu professionnel adapté.

Par conséquent, l'article 12 *quinquies* répond à la non-compensation de certaines de ces exonérations ciblées, particulièrement coûteuses pour la sécurité sociale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté cet article sans modification.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose d'adopter cet article moyennant des modifications rédactionnelles.

● Il se satisfait de voir que l'actualisation du tableau d'équilibre pour l'année 2026 (**article 14**) intègre bien des recettes supplémentaires correspondant à la compensation des exonérations ciblées concernées par le présent article. Ces recettes ne représentent toutefois que 2,5 milliards d'euros, soit un niveau légèrement inférieur au coût de ces exonérations pour l'année 2024 documenté à l'annexe 2 du

---

(1) Article L.O. 111-3-16 du code de la sécurité sociale.

*(2) C'est notamment le cas des allégements généraux de cotisations sociales même si les modalités de compensation par affectation de TVA sont insatisfaisantes et sous-calibrées par rapport aux pertes de recettes réelles pour la sécurité sociale (*cf. *commentaire de l'article 12).*

(3) Les exonérations de cotisations prenant la forme d'un abattement ou d'une réduction d'assiette et les exonérations portant sur les contributions sociales autres que les cotisations (quelles que soient leurs modalités) sont également compensées sauf dérogation expresse mais uniquement pour celles créées après la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(4) Annexe 2 du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2024.

dernier projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (2,7 milliards d'euros).

Il sera donc particulièrement vigilant à ce que le Gouvernement inscrive réellement les crédits budgétaires correspondants lors de l'examen de la mission *Travail et emploi* du projet de loi de finances pour 2026.

*

* *

Article 12 sexies

Instauration d'une participation financière pour le bénéfice de la protection universelle maladie par les personnes résidant en France sans y exercer d'activité professionnelle ni y être imposables

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 12 *sexies* est issu d'un amendement n° 1685 de M. François Gernigon et Mme Nathalie Colin-Oesterlé (groupe Horizons & Indépendants), modifié par le sous-amendement n° 2669 de M. Paul Christophe. Le Gouvernement et le rapporteur général s'en sont remis à la sagesse de l'Assemblée nationale sur l'amendement sous réserve de l'adoption du sous-amendement.

Il permet de subordonner le bénéfice de la protection universelle maladie (Puma) pour les ressortissants extracommunautaires titulaires d'un visa de long séjour valant titre de séjour (VLS-TS) au paiement d'une « cotisation spécifique ».

● L'objet de cette mesure est d'empêcher que des ressortissants étrangers puissent bénéficier d'une prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie sans aucune participation financière de leur part.

En effet, en l'état actuel de la législation, le bénéfice de la protection universelle maladie est ouvert à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière [(1)]. La condition de stabilité est remplie par les assurés établis en France depuis plus de trois mois et dont le foyer ou le lieu de séjour

(1) Article L. 160-1 du code de la sécurité sociale.

principal se situe sur le continent européen, en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique, à La Réunion à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin [1].

La condition de régularité est quant à elle remplie pour les ressortissants de l'Espace économique européen et de la Confédération suisse sur présentation d'une pièce d'identité. Pour les ressortissants extra-européens, elle est subordonnée à la production d'un titre de séjour et d'un acte d'état civil [2].

Or les règles relatives à l'attribution de visa de long séjour permettent, dans certains cas, de remplir les conditions de régularité et de stabilité de la résidence ouvrant droit à la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie. C'est particulièrement le cas du visa de long séjour valant titre de séjour [3], accordé pour une durée de trois mois [4] à un an [5], et qui dispense de l'obligation de solliciter un titre de séjour durant toute sa période de validité.

LES VISAS DE LONG SÉJOUR VALANT TITRE DE SÉJOUR SELON LES CATÉGORIES D'ÉTRANGERS ET LEUR DURÉE DE VALIDITÉ

Catégorie d'étranger éligible au visa de long séjour valant titre de séjour	Durée de validité du titre
Conjoint de Français	Un an non modulable
Conjoint de ressortissant étranger bénéficiaire du regroupement familial	Un an non modulable
Travailleur salarié justifiant d'un contrat à durée indéterminée (CDI)	De trois à douze mois
Travailleur salarié justifiant d'un contrat à durée déterminée (CDD)	De trois à douze mois
Étranger éligible au titre de séjour « talent » et les membres de famille	De trois à douze mois
Étudiant et étudiant en programme de mobilité	De trois à douze mois
Étranger ayant quitté le territoire français à l'issue de ses études et revenant en France	De trois à douze mois
Visiteur	De trois à douze mois
Stagiaire	De trois à douze mois
Jeune au pair	De trois à douze mois
Salariés détachés ICT « intra corporate transfer » et leur famille	De trois à douze mois
Stagiaire ICT « intra corporate transfer » et leur famille	De trois à douze mois
Entrepreneur/Profession libérale	De trois à douze mois

Source : direction générale des étrangers en France.

● L'article 12 *sexies* crée ainsi un nouvel alinéa à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale qui constitue une dérogation au principe de la protection universelle maladie. La **première phrase de cet alinéa** prévoit que les personnes étrangères ressortissantes d'un État non-membre de l'Union européenne ou non-partie à l'accord sur l'Espace économique européenne ou de la Confédération

(1) Article R. 111-2 du code de la sécurité sociale.

(2) Article R. 111-3 du code de la sécurité sociale.

(3) Deuxième alinéa de l'article L. 312-2 et 2° de l'article L. 411-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

(4) Article L. 411-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

(5) Article L. 411-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

suisse titulaire d'un visa de long séjour valant titre de séjour délivré aux visiteurs doivent s'acquitter d'une cotisation spécifique pour bénéficier d'une ouverture et d'un maintien des droits à la Puma.

Ajoutée par le sous-amendement adopté à l'initiative de M. Paul Christophe, la **seconde phrase** sécurise juridiquement le dispositif en prévoyant qu'un décret précise les conditions dans lesquelles certaines populations peuvent être exemptées de cette contribution pour assurer le respect des conventions internationales.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté un amendement de rédaction globale de la commission des affaires sociales (n° 1821) ayant reçu un avis favorable du Gouvernement. Cet amendement maintient le principe de l'article 12 *sexies* mais précise sa rédaction à plusieurs égards :

– premièrement, l'article 12 *sexies* ne modifierait plus l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale, relatif à la Puma, mais créerait un nouvel article L. 380-2-1 au sein du même code [(1)] ;

– deuxièmement, il substitue au principe d'une cotisation celui d'une « *participation financière* » dont la fixation des modalités serait renvoyée à un décret en Conseil d'État ;

– troisièmement, il précise que cette participation financière est due par « *les personnes résidant en France de manière stable et régulière, n'exerçant pas d'activité professionnelle en France, qui ne sont pas imposables en France en application d'une convention internationale* ».

Le périmètre de l'article 12 *sexies* en est donc modifié puisque cette participation financière n'est plus réservée aux titulaires d'un visa de long séjour valant titre de séjour mention « visiteurs » mais à ceux qui ne paient pas leurs impôts en France.

Dans sa réponse à l'amendement, la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées a évoqué le besoin de cibler davantage les personnes qui ne sont pas redevables de la contribution sociale généralisée (CSG), de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et des cotisations d'assurance maladie.

(1) Dans le chapitre relatif aux personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France.

3. La position du rapporteur général

● En première lecture, le rapporteur général avait émis un avis de sagesse s'agissant d'un amendement dont il partageait l'objectif mais dont la rédaction lui semblait perfectible sur le plan juridique.

Les modifications apportées par le Sénat lui semblent aller dans le bon sens. Le rapporteur général se satisfait en particulier de la suppression du terme de « cotisation » qui renvoie à un concept juridique peu approprié s'agissant de personnes qui peuvent ne résider que très temporairement sur le territoire national.

En outre, le choix de ne pas limiter le périmètre de la participation financière aux seuls ressortissants étrangers titulaires d'un visa de long séjour valant titre de séjour relevant de la catégorie « visiteurs » lui semble plus robuste sur le plan du respect du principe d'égalité et plus souple à mettre en œuvre. Celui de cibler les personnes qui n'exercent pas d'activité professionnelle en France et qui n'y sont pas non plus imposables permet en outre de mieux traiter la situation qu'il convient de régler, c'est-à-dire celle des personnes qui bénéficient de la solidarité nationale sans participer à son financement. Il regrette toutefois qu'une telle modification ne soit pas accompagnée de précisions s'agissant de ses effets sur le nombre de personnes potentiellement concernées ainsi que sur les dépenses de l'assurance maladie.

Par ailleurs, il partage l'avis de la ministre selon lequel il conviendrait de mentionner plus explicitement les personnes qui ne s'acquittent pas de la CSG, de la CRDS ou des cotisations d'assurance maladie et proposera des modifications en ce sens.

Enfin, il questionne l'opportunité d'avoir retenu une rédaction ne mentionnant plus expressément que les personnes ciblées par le dispositif sont les ressortissants extracommunautaires. Ni la rapporteure générale de la commission des affaires sociales du Sénat ni la ministre n'ont indiqué les raisons présidant à ce choix.

● Sur le plan formel, le fait de conditionner la prise en charge de dépenses d'assurance maladie à l'acquittement d'une participation financière semble justifié un déplacement de l'article 12 *sexies* vers la troisième partie du projet de loi de financement relative aux dépenses pour l'année à venir.

C'est la raison pour laquelle le rapporteur général propose de supprimer l'article 12 *sexies* dans le but de redéposer un amendement qui reprendrait ses dispositions en troisième partie afin d'assurer le respect de la tripartition des lois de financement de la sécurité sociale telle qu'elle résulte du cadre organique.

Article 12 septies

Supprimer la minoration de la compensation par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des pertes de recettes induites par les allégements généraux pour l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 12 *septies* est issu de l'amendement n° 1839 de Mme Ségolène Amiot et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, lequel a reçu un avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Par la modification du 7° *bis* de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, l'article supprime, à compter du 1er janvier 2026, la disposition selon laquelle le Gouvernement peut minorer la compensation versée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) à l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unedic) au titre des allégements généraux de contributions employeurs d'assurance chômage.

● Depuis 2019, la réduction générale dégressive de cotisations sociales sur les salaires inférieurs à 1,6 fois le Smic prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale s'applique aux contributions d'assurance chômage [(1)]. Les pertes de recettes induites par ce dispositif pour l'Unedic sont compensées par l'Acoss [(2)]. En contrepartie de cette mission, l'État verse une fraction de TVA à l'Acoss.

Jusqu'en 2023, cette compensation était intégrale. Afin d'allouer de nouvelles ressources aux politiques de l'emploi menées par l'État, et dans un contexte où l'Unedic était fortement excédentaire, l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a instauré une minoration de la compensation versée par l'Acoss à l'Unedic. La loi de finances pour 2024 a corrélativement prévu une réduction forfaitaire du montant de TVA versé chaque année à l'Acoss par l'État.

En application du 7° *bis* de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, le montant de cette minoration est fixé par arrêté des ministres chargés du travail, de

(1) En application de l'article 9 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(2) 7° bis *de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale.*

la sécurité sociale et du budget. Un arrêté de décembre 2023 fixe la trajectoire actuelle de plafonnement des compensations au titre des années 2023 à 2026 [1].

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 par 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 adressé aux partenaires sociaux chargés de négocier les règles de l'assurance chômage.

L'article 12 *septies* vise donc à supprimer ces minorations de compensation impactant l'équilibre financier de l'Unedic. Toutefois, comme il ne tire aucune conséquence sur la part de TVA affectée par l'État à l'Acoss en application de l'article 40 du projet de loi de finances pour 2026, cet article induit une charge financière supplémentaire sèche pour la sécurité sociale de 4,1 milliards d'euros pour 2026.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté l'amendement de suppression n° 628 de la commission, estimant la situation financière de l'Acoss incompatible avec un endettement supplémentaire de 4,1 milliards d'euros.

3. La position du rapporteur général

● Comme en première lecture, le rapporteur général est défavorable à cet article qui grève significativement le solde de la sécurité sociale. Pour se figurer l'effet qu'il représente, il est éclairant de constater que, si l'amendement n° 1839 avait été rejeté, le déficit qui aurait résulté de l'ensemble des votes intervenus à l'Assemblée aurait été proche de 20 milliards d'euros – un niveau certes élevé mais en amélioration de 3 milliards d'euros par rapport aux prévisions pour 2025 – tandis qu'il était de 24 milliards d'euros en incluant cet article.

Le rapporteur général rappelle enfin que, depuis que cette sous-compensation existe, l'Unedic n'a jamais connu une seule année de déficit et qu'elle serait en excédent de près de 0,4 milliard d'euros en 2026, après prise en compte de la minoration de compensation de 4,1 milliards d'euros.

---

(1) Arrêté du 27 décembre 2023 fixant la répartition de la fraction de la taxe sur la valeur ajoutée affectée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ainsi que le plafonnement de la compensation prévu au 7° bis *de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale.*

● Le rapporteur général propose donc de maintenir la suppression de cet article.

*
* *

Article 12 octies

Supprimer la possibilité de fixer par décret le montant de la contribution versée par les régimes complémentaires de retraite au régime général au titre de l'équilibre financier des régimes spéciaux fermés

Origine de l'article : amendements adoptés en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 12 *octies* est issu de deux amendements identiques n° 1032 de M. Hadrien Clouet et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire et n° 2496 de M. Yannick Monnet et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine, lesquels ont reçu un avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

L'article supprime la seconde phrase du 7° de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale qui permet au Gouvernement de fixer par décret, à défaut d'une convention conclue entre eux, le montant de la contribution versée par les régimes de retraite complémentaires au régime général au titre de la participation des premiers à l'équilibre financier des régimes spéciaux fermés.

● Le système d'assurance vieillesse français se caractérise historiquement par l'existence d'un grand nombre de régimes spéciaux, lesquels préexistaient quasi tous à la création du régime général de sécurité sociale en 1945. Parmi ces nombreux régimes figurent notamment ceux des agents de la Société nationale des chemins de fer (SNCF). La transposition en droit national des différentes réglementations européennes imposant l'ouverture à la concurrence du transport ferroviaire [(1)] a conduit à une évolution statutaire de cette entreprise entraînant la fermeture de son régime spécial, qui ne peut désormais plus accueillir de nouveaux affiliés [(2)].

---

(1) Notamment le « quatrième paquet ferroviaire », composé de six textes législatifs proposés par la Commission européenne, ouvrant à la concurrence le transport national de voyageurs et finalisant l'instauration d'un espace ferroviaire unique européen.

(2) L'article 3 de la loi n° 2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire a autorisé la SNCF à recruter sous statut jusqu'au 31 décembre 2019.

Indépendamment des évolutions liées à l'application du droit de l'Union européenne, le sens de l'histoire va vers la réduction du nombre de régimes spéciaux en activité. L'article 1er de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a ainsi prévu la fermeture d'un nombre de régimes spéciaux inédit par son ampleur, dont le régime des clercs de notaires, celui de la Banque de France ou encore celui des industries électriques et gazières (IEG). Les nouveaux personnels recrutés relèvent donc du régime général mais les régimes spéciaux continuent toutefois de verser des pensions aux agents recrutés avant les réformes.

Pour assurer le financement de ces régimes spéciaux désormais fermés aux nouveaux cotisants, les caisses gestionnaires perçoivent une subvention d'équilibre quand leurs ressources propres ne leur permettent pas d'équilibrer leurs comptes. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, cette mission d'équilibrage financier incombe au régime général de sécurité sociale [(1)], lequel bénéficie pour ce faire d'une compensation par l'État sous forme de crédits budgétaires – inscrits notamment à la mission *Régimes sociaux et de retraite* du projet de loi de finances – ainsi que d'une contribution des régimes de retraite complémentaires des salariés. Le montant de cette contribution est défini par une convention conclue entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et l'Agirc-Arrco. Si aucune convention n'est proposée avant le 30 juin de l'année en cours, le montant de la contribution est fixé par décret.

● Tout en maintenant le principe d'une contribution financière des régimes complémentaires, laquelle se justifie eu égard au fait que ceux-ci bénéficient des cotisations versées par les personnels nouvellement recrutés dans les entreprises, organismes et secteurs relevant des régimes spéciaux fermés, l'article 12 *octies* supprime la faculté du Gouvernement de fixer le montant de cette contribution par décret en cas de désaccord entre l'Agirc-Arrco et la Cnav. Les auteurs des amendements voulaient se prémunir des risques d'une « *ponction arbitraire de l'Agirc-Arrco par le Gouvernement* ».

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté l'amendement de suppression de la commission (n° 629) suivant l'avis du Gouvernement et soulignant la nécessité de sécuriser l'équilibre des régimes spéciaux fermés.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général partage l'avis des sénateurs. En effet, si la Cnav et l'Agirc-Arrco ont bien conclu une convention permettant de fixer cette participation pour l'exercice 2025, rien ne garantit qu'un tel accord soit renouvelé année après année.

---

(1) En application du 3° de l'article L. 134-3 du code de la sécurité sociale.

Compte tenu de l'importance que revêt l'équilibre financier des régimes spéciaux fermés afin que ceux-ci puissent assumer les charges que représentent le versement des pensions à leurs assurés sans avoir recours à l'endettement, le filet de sécurité prévu au 7° de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale apparaît, si ce n'est indispensable, au moins de nature à pallier à d'éventuelles carences futures.

● Il propose donc de maintenir la suppression votée par le Sénat.

*

* *

Article 12 nonies

Augmenter les majorations de cotisations sociales en cas de travail dissimulé

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 12 *nonies* est issu de l'amendement n° 500 de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés, lequel a reçu un avis favorable du rapporteur général et défavorable du Gouvernement.

L'article modifie l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale afin :

– de porter à 35 % le taux de majoration des cotisations sociales en cas de travail dissimulé ;

– d'augmenter à 50 % ce même taux en cas de travail dissimulé avec circonstance aggravante – par exemple lorsqu'il concerne une personne mineure.

● En l'état du droit, en cas de constat d'infraction de travail dissimulé, le montant des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement est majoré de 25 %. En cas de circonstances aggravantes, comme l'emploi de mineurs soumis à obligation scolaire, ce taux est majoré à 40 % (1).

Ces majorations peuvent être augmentées en cas de récidive dans les cinq ans suivant la première condamnation (2), ou minorées si la personne redressée règle intégralement les sommes dues dans un délai de trente jours ou présente dans ce même délai un plan d'échelonnement des paiements (3).

(1) I de l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale.

(2) III de l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale.

(3) II de l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale.

● L'article 12 *nonies* renforce donc les sanctions applicables en cas de travail dissimulé par une augmentation des taux de majoration de redressement. Il constitue ainsi un levier efficace pour la lutte contre les fraudes aux cotisations sociales.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté l'amendement de suppression de la commission (n° 630) avec un avis favorable du Gouvernement. La volonté de suppression des sénateurs ne relevait toutefois pas d'une opposition sur le fond mais d'un souci d'articuler les dispositions adoptées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale avec celles du projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales dont l'article 17 *bis*, inséré par la commission des affaires sociales du Sénat, prévoit d'augmenter les majorations de redressement en cas de travail dissimulé dans des proportions strictement identiques.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général se satisfait de voir que la lutte contre la fraude est un objectif prioritaire partagé par les deux chambres du Parlement. Il est naturellement soucieux d'assurer une coordination satisfaisante entre le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 et le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales dont les discussions se chevauchent dans un calendrier peu propice à garantir la qualité de la loi.

Il constate toutefois que :

– malgré les incertitudes politiques qu'il ne nie pas, le projet de loi de financement de la sécurité sociale a vocation à être adopté puis promulgué avant le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales ;

– que l'article 17 *bis* dudit projet n'opère pas les coordinations nécessaires au III de l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale.

● L'article 12 *nonies* est donc mieux rédigé et pourrait être adopté définitivement avant l'article 17 *bis* du projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales. Il apparaît donc plus judicieux au rapporteur général de conserver le présent article et, en cas de non-censure par le Conseil constitutionnel comme cavalier social, d'en tirer les conséquences en supprimant l'article « miroir » du projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales.

Par conséquent, le rapporteur général propose de rétablir l'article 12 *nonies* dans sa rédaction résultant de la première lecture à l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 12 decies

Supprimer la possibilité pour un employeur de bénéficier d'une réduction des majorations de redressement après un constat de travail dissimulé

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 12 *decies* résulte de l'adoption de l'amendement n° 499 de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés, malgré un avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

● Il vise à abroger la disposition du II de l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale qui permet à un employeur ayant reçu un constat de travail dissimulé de se voir appliquer une réduction de 10 points du taux de majoration en cas de paiement de ses créances dans les trente jours suivant la notification de la mise en demeure.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté un amendement de suppression de la commission (n° 631) ayant reçu un avis favorable du Gouvernement. Il avait d'ailleurs écarté un amendement similaire déposé lors de l'examen du projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, estimant que la disposition abrogée s'inscrivait dans une logique visant à encourager le règlement rapide des sommes dues et à en simplifier le recouvrement.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général partage pleinement l'avis des sénateurs. Il a ainsi rappelé en première lecture que le mécanisme actuel de réduction des majorations de redressement s'inscrivait dans une logique incitative, destinée à encourager les employeurs à régler leurs cotisations et pénalités dans les plus brefs délais.

Or, l'efficacité de la lutte contre la fraude sociale passe bien évidemment par le renforcement des sanctions, qui permet d'augmenter le montant des sommes redressées, mais également et peut-être prioritairement par des mesures facilitant le recouvrement des sommes redressées. En effet, si les organismes de recouvrement ont procédé au redressement d'environ 2,8 milliards d'euros dans le cadre de la lutte

contre le travail dissimulé en 2023 et 2024, seuls 200 millions d'euros ont été recouvrés sur cette même période [1].

En voulant renforcer le montant des sommes redressées, l'article 12 *decies* pourrait donc paradoxalement avoir un effet de « retour de flamme » en réduisant le montant des sommes effectivement recouvrées.

Le rapporteur général propose donc le maintien de la suppression de cet article.

*
* *

Article 12 undecies

Modification du montant des pénalités prononcées en cas de non-respect de l'obligation de transmission à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales des données des vendeurs et prestataires recourant à des plateformes numériques

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 12 *undecies* est issu de l'amendement n° 1317 du rapporteur général, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement.

Par la modification du II de l'article L. 613-6-1 du code de la sécurité sociale, l'article aménage le montant maximal de la pénalité encourue par les travailleurs des plateformes ainsi que par les plateformes elles-mêmes, suite à un manquement à l'obligation de transmission de données à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) dans le cadre du dispositif de précompte des cotisations sociales. Il prévoit ainsi de réduire à 3 250 euros le montant maximal de l'amende encourue par les vendeurs ou prestataires et de porter à 15 000 euros par vendeur ou prestataire concerné celui de l'amende encourue par les plateformes [2].

Pour mémoire, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 [3] a introduit un mécanisme de précompte des cotisations sociales des travailleurs des

(1) Étude d'impact du projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, p. 237.

(2) Actuellement, ces montants sont identiques et fixés à 7 500 euros.

(3) Article 6 de loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

plateformes par les plateformes elles-mêmes. La mise en application de cette réforme est prévue pour le 1er janvier 2027, à l'issue d'une phase d'expérimentation programmée pour l'année 2026. Le II de l'article L. 613-6-1 du code de la sécurité sociale prévoit des pénalités lorsque le travailleur ou les plateformes ne transmettent pas les données permettant son identification aux Urssaf.

Le présent article vise donc à répartir plus équitablement les montants maximaux de ces pénalités, en instaurant une gradation dans la sanction, afin de faire davantage peser la responsabilité sur les plateformes.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Suivant l'avis favorable du Gouvernement, le Sénat a adopté l'amendement de suppression no 632 de la commission. Le Sénat n'était en effet pas favorable à la réduction du montant maximal de la pénalité encourue par les vendeurs et prestataires, et estimait qu'il était prématuré d'amender un dispositif qui n'est pas encore entré en vigueur.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général n'est pas insensible à l'argument consistant à dire qu'il faut éviter de modifier de façon prématurée un dispositif qui n'est pas encore entré en vigueur. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles il est favorable à la suppression de l'article 12 *quater*, qui restreint le périmètre d'application du dispositif de précompte des cotisations sociales.

Toutefois, il lui semble que cet argument a moins de portée s'agissant du présent article. En effet, il ne s'agit pas là d'une restriction de périmètre qui, comme chacun pourrait en convenir aisément, rendrait particulièrement complexe le retour ultérieur à un champ d'application plus large.

L'on peut légitimement s'interroger sur la pertinence d'avoir fixé *ab initio* des montants de pénalités identiques pour les vendeurs et prestataires d'une part et pour les plateformes d'autre part, alors que celles-ci disposent d'une envergure financière sans commune mesure avec ceux-là. Par ailleurs, ces montants sont bien des plafonds, ce qui laisse aux caisses des Urssaf toute latitude pour adapter les sanctions à la réalité des situations concrètes qui les justifieraient.

Enfin, l'argument consistant à dire que la diminution du montant maximal de pénalité applicable aux travailleurs des plateformes irait à l'encontre de l'objectif de lutte contre la fraude semble fondé sur l'idée qu'un montant de 3 500 euros ne représenterait finalement qu'une somme dérisoire pour les travailleurs concernés. C'est une appréciation contestable, surtout compte tenu du fait qu'une telle pénalité peut être prononcée sans préjudice du redressement des cotisations éludées du fait de comportements frauduleux.

● Le rapporteur général propose donc de rétablir cet article dans sa rédaction issue de l'examen en première lecture par l'Assemblée nationale.

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article, qui constitue une disposition obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale, propose 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'élèverait pour 2026 à 5,7 milliards d'euros, contre 6,37 milliards d'euros l'année précédente.

Ce montant a été défini sur la base des dispositions initiales du projet de loi. Par conséquent, il tient compte de la réduction, prévue par l'article 9, de quatre dispositifs d'exonération spécifiques dont le coût est compensé par le budget général de l'État, à savoir l'exonération de cotisations salariales applicable à la rémunération des apprentis ; les réductions dégressives spécifiques de cotisations patronales dont bénéficient certains employeurs ultramarins (dispositif « Lodeom ») ; la réduction de cotisations des travailleurs indépendants au titre de l'aide à la création ou à la reprise d'une entreprise (Acre) ; et le dispositif des jeunes entreprises innovantes (JEI).

● Malgré la suppression de la plupart des dispositions de l'article 9 et en dépit de l'insertion, à l'initiative du rapporteur général [(1)], d'un nouvel article 12 *quinquies* mettant fin à plusieurs dérogations au principe de compensation du coût des exonérations de cotisations sociales, l'article 13 a été mis aux voix sans que le Gouvernement ait déposé d'amendement pour tirer les conséquences des votes émis par l'Assemblée nationale. En conséquence, cet article a été adopté dans sa rédaction initiale.

(1) Amendement n° 2275.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat n'a pas apporté de modification à cet article qui, pas plus que lors de l'examen du projet de loi par l'Assemblée nationale, n'avait fait l'objet d'un amendement de coordination.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article obligatoire et appelle le Gouvernement à déposer en séance publique un amendement tirant les conséquences des votes susmentionnés.

*

* *

Article 14

Approbation, pour l'année 2026, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base

Origine de l'article : projet de loi

Sort à l'Assemblée nationale : adopté sans modification

Sort au Sénat : modifié

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 14, l'un des cinq à avoir été 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.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

En effet, l'Assemblée nationale n'ayant pas été en mesure d'examiner l'ensemble des articles en première lecture, le Gouvernement n'a pu rappeler

l'article 14 en seconde délibération pour coordination, afin de tirer les conséquences des votes intervenus.

Selon les calculs du rapporteur général, ceux-ci auraient conduit à dégrader le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale à hauteur d'à peu près 7 milliards d'euros, le portant ainsi à environ 24 milliards d'euros.

● Le texte issu de l'Assemblée nationale réduisait en effet le rendement des mesures en recettes d'environ 2,4 milliards d'euros. Les mesures ayant l'effet le plus élevé sur le solde étaient les suivantes :

– la suppression de la possibilité pour l'État de minorer le montant de la compensation versée à l'Unedic au titre des allégements généraux (**article 12** ***septies***) : – 4,1 milliards d'euros [(1)] ;

– l'augmentation du taux de CSG sur les revenus du capital de 9,2 % à 10,6 % (**article 6** ***bis***) : + 2,8 milliards d'euros ;

– la compensation par l'État des exonérations ciblées de cotisations, notamment sur les heures supplémentaires (**article 12** ***quinquies***) : + 2,5 milliards d'euros [(2)] ;

– la suppression de la contribution de 2,25 % sur les organismes complémentaires (**article 7**) : – 1,1 milliard d'euros ;

– la suppression de l'assujettissement des aides directes aux salariés au forfait social (**article 8**) : – 950 millions d'euros ;

– le transfert d'une fraction de contribution sociale généralisée (CSG) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) vers les départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) (**article 12** ***bis***) : – 720 millions d'euros [(3)] ;

– la suppression du gel des seuils de CSG sur les revenus de remplacement (**article 6**) : – 300 millions d'euros.

D'autres mesures contribuaient également à dégrader le solde de l'État par le jeu des compensations et des transferts sans pour autant avoir d'effet sur le solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, notamment la suppression de dispositions relatives à la rationalisation de certaines niches sociales (**article 9**).

---

(1) Mesure neutre sur le solde des administrations publiques.

(2) Idem.

(3) Idem.

● S'agissant des dépenses, les économies résultant des mesures nouvelles prévues par le projet de loi de financement ont été globalement réduites d'environ 4,1 milliards d'euros avec, comme principales raisons :

– la suppression du gel des prestations sociales et des pensions de retraite (**article 44**) : – 2,3 milliards d'euros d'économies [(1)] ;

– le rehaussement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) (**article 49**) : – 1 milliard d'euros d'économies ;

– la suppression du report au 1er janvier 2028 de la mise en place de la complémentaire santé dans la fonction publique hospitalière (**article 23**) : – 480 millions d'euros d'économies ;

– l'extension du décalage de la réforme des retraites aux assurés en carrières longues, aux assurés relevant des catégories active et super-active de la fonction publique, aux assurés nés au premier trimestre de l'année 1965 et aux assurés de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte (**article 45 *bis***) : – 300 millions d'euros d'économies ;

– la suppression de la limitation de la durée d'indemnisation des arrêts de travail des assurés ne relevant pas du dispositif de l'affection de longue durée (**article 29**) : – 100 millions d'euros d'économies.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Suivant l'avis favorable de la commission, le Sénat a adopté en seconde délibération, un amendement n° 2 du Gouvernement tirant les conséquences sur les tableaux d'équilibre pour 2026 des votes intervenus lors de l'examen du texte [(2)].

Le tableau ci-après rapporte un déficit très légèrement supérieur par rapport aux prévisions résultant du texte initial (– 17,6 milliards d'euros). Cette proximité masque toutefois certains mouvements importants [(3)] :

– le transfert à l'État de la charge de la compensation des exonérations de cotisations portant sur les heures supplémentaires ainsi que sur diverses exonérations entraîne une augmentation des recettes de la sécurité sociale à hauteur de

---

(1) Représentant de moindres économies de 3,6 milliards d'euros au total pour l'ensemble des administrations publiques.

(2) En première délibération, le Sénat avait adopté un amendement n° 1873, lequel fut « écrasé » par l'amendement n° 2.

(3) Ces mouvements sont appréciés par rapport au texte initial du Gouvernement, l'absence d'actualisation des tableaux d'équilibre à l'Assemblée nationale ne permettant pas de comparer les mouvements branches par branches.

2,5 milliards d'euros, laquelle s'impute presque exclusivement sur les recettes de la branche vieillesse [1] (**article 12 *quinquies***) [2] ;

– la suppression de l'assujettissement au forfait social des aides directes aux salariés, adoptée à l'Assemblée et maintenue par le Sénat, qui engendre des moindres recettes d'environ 950 millions d'euros pour la branche vieillesse (**article 8**) ;

– la revalorisation différenciée des pensions de retraites selon qu'elles sont inférieures ou supérieures à 1 400 euros brut par mois entraîne des moindres économies de l'ordre de 700 millions d'euros par rapport à la copie initiale (**article 44**) ;

– la suppression du décalage d'une génération du report de l'âge légal d'ouverture des droits et du relèvement de la durée d'assurance pour le bénéfice d'une retraite à taux plein entraîne des économies à hauteur de 100 millions d'euros pour la branche vieillesse (**article 45 *bis***) ;

– en contrepartie, le retour à un taux de 2,05 % pour la contribution sur les organismes complémentaires, tel qu'il était prévu avant le dépôt de la lettre rectificative, réduit les recettes de la branche vieillesse à hauteur de 100 millions d'euros (**article 7**) ;

– l'amendement du Gouvernement tient aussi compte du relèvement de 1 milliard d'euros de l'Ondam malgré le rejet de l'**article 49** par le Sénat.

ÉVOLUTION DES PRÉVISIONS DE RECETTES, DE DÉPENSES ET DE SOLDE POUR L'EXERCICE 2026 ENTRE L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT

	Prévisions pour 2026 (initiales)			**Prévisions pour 2026 (Sénat)**			**Évolution**		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	255	267,5	**– 12,5**	253,9	268,6	**– 14,7**	-1,1	1,1	– 2,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,1	18	**– 0,9**	17,1	18	**– 0,9**	0	0	0,0
Vieillesse	304,5	307,5	**– 3**	307,2	308,1	**– 0,9**	2,8	0,7	2,1
Famille	60,1	59,4	**0,7**	60,2	59,6	**0,6**	0,1	0,2	– 0,1
Autonomie	41,8	43,5	**– 1,7**	41,8	43,5	**– 1,7**	0	0	0,0
Toutes branches*	659,4	676,9	**– 17,5**	661,2	678,7	**– 17,6**	1,8	1,8	– 0,1

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

** indépendamment des transferts entre branches.*

Source : commission des affaires sociales.

(1) En effet, l'exonération des cotisations salariales sur les heures supplémentaires ne concerne que les cotisations d'assurance vieillesse. Sa compensation représente 2,3 milliards d'euros de recettes en plus.

(2) Initialement adopté à l'Assemblée nationale mais maintenu dans le texte du Sénat.

Le solde des différentes branches est aussi affecté par la nouvelle répartition de taxe sur les salaires adoptée par le Sénat à **l'article 12** en protestation de la rétrocession à l'État des gains générés par la réforme des allégements généraux sur l'exercice 2025 (1,6 milliard d'euros). Puisque l'amendement n° 622 adopté par le Sénat à l'article 12 ne peut par construction pas modifier la part de TVA affectée à la sécurité sociale par l'article 40 du projet de loi de finances pour 2026, il est neutre sur le solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale mais entraîne :

– l'augmentation des recettes de la branche vieillesse à hauteur de 1,3 milliard d'euros ;

– celle des recettes de la branche famille à hauteur de 300 millions d'euros ;

– la diminution des recettes de la branche maladie à hauteur de 1,6 milliard d'euros.

3. La position du rapporteur général

● Au total, le rapporteur général constate que le texte résultant de l'examen au Sénat modifie très peu le déficit initialement envisagé par le Gouvernement.

Compte tenu de l'absence d'actualisation des tableaux d'équilibre à l'Assemblée nationale, absence liée à l'impossibilité d'achever l'examen des articles dans le délai fixé par la Constitution, il est difficile de comparer précisément l'effet financier des mesures adoptées par l'Assemblée et par le Sénat, notamment par branche.

L'on constate néanmoins que le déficit du texte issu de l'Assemblée est plus élevé que celui du Sénat, à hauteur d'environ 7 milliards d'euros. Cette différence s'explique toutefois, pour près des deux tiers, par l'adoption de l'article 12 *septies* relatif à la compensation des allégements généraux à l'Unedic (4,1 milliards d'euros) et par celle de l'article 12 *bis* qui transfère près de 720 millions d'euros de la CNSA vers les départements. Ces mesures sont neutres sur le périmètre de l'ensemble des administrations publiques, de sorte qu'il convient donc de relativiser fortement l'écart de déficit entre les deux textes.

● Au-delà de ces considérations, le rapporteur général se contente de prendre acte de l'article 14 dans sa rédaction actuelle et rappelle qu'il appartiendra au Gouvernement de le rectifier en fin de nouvelle lecture dans le but de retranscrire les votes intervenus à l'Assemblée nationale dans les tableaux d'équilibre.

*

* *

Article 15

Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes du Fonds de réserve pour les retraites

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté cet article modifié par les amendements identiques n^{os} 1870 de la commission et 1871 du Gouvernement, lesquels prévoient une reprise de dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) par la Cades à hauteur de 15 milliards d'euros sans recettes supplémentaires affectées à cette dernière.

a. Le droit existant

i. La dette sociale fait l'objet d'un apurement par une Caisse d'amortissement dotée de ressources propres

● Créée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, la Cades est un établissement public à caractère administratif ayant « *pour mission d'apurer la dette* » sociale [(1)], laquelle se définit comme le montant des déficits cumulés des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse.

Elle matérialise organiquement le principe selon lequel la dette sociale fait l'objet d'un cantonnement afin de la distinguer de la dette des autres administrations publiques et en particulier de l'État.

(1) Article 2 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

● Pour assurer sa mission, la Cades bénéficie de trois ressources, représentant un total de 18,7 milliards d'euros en 2025 :

– la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), dont le rendement est estimé à 9,3 milliards d'euros ;

– une fraction de contribution sociale généralisée (CSG) correspondant au taux de 0,45 %, dont le rendement est estimé à 8 milliards d'euros ;

– un versement annuel du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), à hauteur de 1,45 milliard d'euros.

● Depuis sa création, la Cades s'est vue transférer un total de 396,5 milliards d'euros [(1)].Au 31 décembre 2024, elle en avait amorti 258,6 milliards d'euros laissant sa situation nette à – 137,9 milliards d'euros.

L'évolution de l'échéance de l'apurement de la dette sociale depuis la création de la Cades

Initialement fixée au 31 janvier 2009 par l'ordonnance du 24 janvier 1996, la date limite d'amortissement de la Cades fut repoussée une première fois au 31 janvier 2014 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998.

Avant la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la date limite d'extinction de la Cades était inscrite expressément à l'article 1er de l'ordonnance du 24 janvier 1996. En même temps qu'elle assurait un nouveau transfert de dette, la loi du 13 août 2004 supprima la référence à une date précise. Les différents éléments alors connus conduisaient à estimer que l'amortissement de la dette sociale supplémentaire et du reliquat correspondant aux précédentes reprises prendrait sept années de plus, portant l'échéance de son apurement à 2021.

La loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 a quant à elle autorisé la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 à prévoir des transferts de dette susceptibles d'allonger jusqu'à quatre années supplémentaires la durée de remboursement de la dette par la Cades, soit jusqu'à 2025.

C'est à la faveur de la loi organique du 7 août 2020 précitée que le législateur organique fit le choix d'inscrire à nouveau expressément la date limite d'amortissement de la dette sociale, à l'article 4 *bis* de l'ordonnance du 24 janvier 1996 précitée. Cette date fut fixée au 31 décembre 2033.

La chronique des transferts successifs est retracée dans le rapport d'information présenté par Mme Stéphanie Rist et M. Hadrien Clouet en octobre 2024 [(2)].

(1) Plus précisément 396 496 millions d'euros.

(2) Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la gestion de la dette sociale et présenté par M. Hadrien Clouet et Mme Stéphanie Rist, n° 302, déposé le mercredi 2 octobre 2024.

Suite au dernier programme de reprise de dette résultant des lois organique et ordinaire du 7 août 2020 (1), la date limite d'amortissement de la Cades a été repoussée pour la quatrième fois de son histoire au 31 décembre 2033.

ii. Les règles encadrant les transferts de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ont été renforcées au fil des ans et élevées pour partie au rang organique

● À l'origine de sa création, les règles de transferts de dette à la Cades se caractérisaient par une certaine souplesse, en particulier au regard de celles qui les régissent actuellement.

L'ordonnance du 24 janvier 1996 précitée ayant valeur de loi ordinaire, il était en effet loisible au législateur de prévoir de nouveaux transferts à la Cades sans que la durée d'amortissement prévue lors de la création de la Caisse – dont la pérennité des recettes n'était pas non plus garantie – puisse lui être opposée.

Face aux réouvertures successives de la Cades décidées en 1998 puis en 2004, lesquelles s'étaient accompagnées d'un report de l'horizon d'apurement de la dette sociale, ce cadre fut rigidifié en deux étapes principales par le législateur organique.

● La loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a créé, par son article 20, un article 4 *bis* dans l'ordonnance du 24 janvier 1996 afin de préciser que, sous réserve des dispositions législatives en vigueur à la date de sa publication, « *tout nouveau transfert de dette à la* [Cades] *est accompagné d'une augmentation* [de ses] *recettes permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale* ».

Le législateur organique a en outre précisé que « *la durée d'amortissement est appréciée au vu des éléments présentés par la* [Cades] *dans ses estimations publiques* ».

La loi organique a également créé la possibilité de faire figurer dans les lois de financement de la sécurité sociale des mesures relatives aux recettes de la Cades. En effet, la CRDS ayant le caractère d'une imposition de toute nature affectée à une personne morale tierce aux régimes obligatoires de base et aux organismes concourant à leur financement, elle ne pouvait jusqu'alors être modifiée que par une disposition de loi de finances ou par une disposition de loi ordinaire, ce qui la plaçait hors de la compétence du législateur financier social – situation dont le caractère paradoxal avait été mis en évidence par les travaux parlementaires (2).

---

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

(2) Rapport n° 2246 fait par M. Jean-Luc Warsmann au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur le projet de loi organique, adopté par le Sénat,

Dans sa décision portant sur ladite loi organique [(1)], le Conseil constitutionnel a, d'une part, confirmé le caractère organique des dispositions introduites à l'article 4 *bis* de l'ordonnance du 14 janvier 1996, quand bien même ladite ordonnance ne comportait alors que des dispositions de rang législatif. Il a, d'autre part, jugé que cette disposition devait être combinée avec celles de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale qui prévoyaient que la loi de financement de la sécurité sociale « *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 elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit* » [(2)]. Le commentaire de la décision du 29 juillet 2005 éclaire les implications d'une telle modification du cadre organique en jugeant que celle-ci « [traduisait] *le souci du législateur organique de ne pas reporter les charges de la solidarité sociale sur les générations futures* » et qu'elle « [soumettait] *les lois de financement a une obligation forte : assortir tout nouveau transfert de la dette sociale à la Cades de dispositions assurant que la durée d'amortissement ne s'allonge pas* ».

● La loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 a défini le périmètre des recettes pouvant être affectées à la Cades aux fins de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale en en précisant la nature.

Dans sa nouvelle rédaction, l'article 4 *bis* de l'ordonnance précitée prévoyait ainsi que tout transfert de dette devrait dorénavant être accompagné « *d'une augmentation du produit d'impositions de toute nature ou de la réalisation d'actifs* » affecté à la Cades, et précisait de surcroît que « *l'assiette des impositions de toute nature affectées à* [ladite Caisse] *porte*[rait] *sur l'ensemble des revenus perçus par les contribuables personnes physiques* ». Concrètement, cela revenait à restreindre l'affectation d'impositions de toute nature à la Cades à la CSG et la CRDS tout en lui permettant de recevoir le versement de sommes issues des actifs du Fonds de réserve pour les retraites.

Le Sénat avait également introduit une « *clause de retour à meilleure fortune* », prévoyant qu'en cas d'accroissement des recettes de la Cades supérieur à 10 % des prévisions initiales pendant deux exercices consécutifs, « *la loi de financement de la sécurité sociale pour l'exercice suivant contribue à ramener la fin de la durée de cet organisme à l'horizon prévu avant la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011* », c'est-à-dire à 2021.

● Le contrôle de constitutionnalité de la loi organique précitée a conduit le Conseil constitutionnel à compléter sa jurisprudence concernant les transferts à la Cades en précisant la portée de la règle introduite en 2005 ainsi que les conditions

---

relatif aux lois de financement de la sécurité sociale, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 13 avril 2005.

(1) Décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005, Loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(2) Cette disposition est aujourd'hui reprise au b *du 2° de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale.*

dans lesquelles il sera conduit à s'assurer de son respect par les lois de financement [(1)] :

– d'une part, le Conseil constitutionnel a précisé que, dans la mesure où la loi de financement de la sécurité sociale de l'année devra prévoir l'ensemble des ressources affectées au remboursement de la dette sociale jusqu'au terme prévu pour celui-ci, il sera mis à même de vérifier que ces ressources sont suffisantes pour que ce terme ne soit pas dépassé. Comme le précise le commentaire de la décision en question, il en résulte un élargissement du rôle de contrôle du Conseil constitutionnel. Le même commentaire précise que, pour exercer son contrôle, le Conseil constitutionnel pourra se reporter à l'annexe de la loi de financement qui présente, lorsqu'un projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit le transfert d'actifs à la Cades ou l'augmentation de ses ressources par la réalisation d'actifs publics, les éléments permettant d'apprécier l'intérêt financier de cette opération [(2)] ;

– d'autre part, le Conseil constitutionnel a décidé que « *les lois de financement de la sécurité sociale ne pourront pas conduire, par un transfert sans compensation au profit de* [la Cades] *de recettes affectées aux régimes de sécurité sociale et aux organismes concourant à leur financement, à une dégradation des conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale de l'année à venir* ». Ce faisant, le Conseil a précisé la portée de l'objectif de valeur constitutionnelle d'équilibre financier de la sécurité sociale qu'il avait déjà consacré dans les conditions rappelées par l'encadré ci-après.

● Le cadre organique s'est ainsi étoffé afin de rendre les transferts de dette à la Cades plus difficiles à réaliser, l'objectif réel étant de ne pas faire de la dette sociale une dette pérenne que l'on ferait « rouler » sur le modèle de la dette de l'État : le principe de la dette sociale reste donc que son capital doit être remboursé et non ses seuls intérêts.

En même temps, le fait de conditionner des transferts de dette à l'attribution de ressources nouvelles ne devait pas à l'inverse conduire à risquer une dégradation des comptes sociaux à la seule fin de soulager la trésorerie de l'Acoss, d'où le choix du Conseil constitutionnel d'appliquer à ce cas de figure l'objectif de valeur constitutionnel d'équilibre financier de la sécurité sociale.

---

(1) Décision n° 2010-616 DC du 10 novembre 2010, Loi organique relative à la gestion de la dette sociale.

(2) Cette disposition était prévue au 9° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale alors en vigueur. Elle n'a pas été reprise dans la réécriture des dispositions organiques par la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale mais le troisième alinéa de l'article 4 bis *de l'ordonnance du 24 janvier 1996 précise que «* la loi de financement de la sécurité sociale assure, chaque année, le respect de [la date limite d'amortissement de la dette sociale] *» et renvoie aux «* annexes mentionnées au 3° de l'article L.O. 111-4-1 du code de la sécurité sociale et au 8° de l'article L.O. 111-4-4 du même code *» le soin de comporter «* les informations nécessaires pour le vérifier ».

L'équilibre financier de la sécurité sociale dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel

La notion d'équilibre financier de la sécurité sociale a été introduite à l'article 34 de la Constitution par la révision constitutionnelle du 22 février 1996. Celui-ci prévoit depuis lors que les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les « *conditions générales* » de cet équilibre. Outre sa fonction dans la définition de l'objet desdites lois, cette disposition a conduit le Conseil constitutionnel à faire référence, à compter de sa décision n° 97-393 DC du 18 décembre 1997 portant sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, à « *l'exigence constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale* » afin de contrôler la conformité des lois soumises à son contrôle à ce principe.

À titre d'exemple, le Conseil constitutionnel a estimé, dans sa décision n° 99-422 DC [(1)], qu'il appartient au législateur de *« concilier le droit au respect de la vie privée et l'exigence de valeur constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale* » et déclaré en conséquence conformes à la Constitution, sous certaines réserves, des dispositions prévoyant en particulier que, lorsqu'ils établissent une prescription d'arrêt de travail donnant lieu à l'octroi d'indemnités journalières par l'assurance maladie, les médecins sont tenus de mentionner sur les documents produits à cet effet les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption du travail.

Cependant, l'invocation de cette exigence – également qualifiée d'objectif de valeur constitutionnelle – n'impose pas au législateur financier social de s'assurer que les recettes de la sécurité sociale correspondent strictement à ses dépenses. En effet, « *conformément aux dispositions de l'article 34 de la Constitution, le législateur doit se prononcer uniquement sur les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale et non directement sur cet équilibre* » [(2)]. L'introduction en 1994, par le législateur ordinaire, d'un principe d'équilibre financier applicable à chacune des branches n'était pas de nature à modifier l'interprétation de cette disposition constitutionnelle. Autrement dit, la référence à l'objectif de valeur constitutionnelle précité n'emporte pas la « *consécration* [par le Conseil constitutionnel] *du principe selon lequel l'équilibre financier de la sécurité sociale des régimes de base obligatoires de la sécurité sociale est fondé sur la somme des équilibres de chacune des branches sans que le déséquilibre de l'une d'elles puisse donc être compensé par l'excédent d'une autre* » [(3)].

Cette exigence constitutionnelle impose cependant au législateur de compenser les pertes de recettes résultant de l'affectation à la Cades de ressources précédemment affectées à la sécurité sociale, et revêt à ce titre une fonction décisive dans le dispositif juridique encadrant la gestion de la dette sociale.

(1) *Décision n° 99-422 DC du 21 décembre 1999*, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.
(2) *Aurélie Dort et Anne-Claire Dufour, « Le perfectionnement du contrôle de constitutionnalité du contenu des lois de financement de la sécurité sociale »,* Titre VII, *juillet 2024.*
(3) *Rémi Pellet, « Le Conseil constitutionnel et l'équilibre financier de la sécurité sociale »,* Droit social*, 1999.*

● Le Conseil constitutionnel a été mis en mesure de contrôler la conformité de la reprise de dette prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 au cadre organique ainsi rénové. Dans sa décision portant sur ladite loi, il estima ainsi que « *ces dispositions permett*[aient]*, d'une part, de prévoir l'ensemble des*

ressources affectées au remboursement de la dette sociale jusqu'au terme prévu pour celui-ci et, d'autre part, d'assurer à la [Caisse nationale des allocations familiales], *par l'affectation de ressources nouvelles, la compensation, en 2011, de l'affectation de recettes* » à la Cades. Aussi le Conseil constitutionnel écarta-t-il les griefs des députés requérants tirés de la méconnaissance de l'objectif de valeur constitutionnelle de la sécurité sociale.

b. Le droit proposé : une reprise de dette de 15 milliards d'euros sans augmentation des recettes de la Cades

● Le **I *bis*** de l'article 15 ajoute un II *octies* à l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, dont le A prévoit que la couverture des déficits de l'exercice 2024 des branches maladie et vieillesse du régime général est assurée par des transferts de la Cades vers l'Acoss dans la limite de 15 milliards d'euros.

Le montant de ces transferts serait réparti entre ces deux branches au *prorata* de leur situation nette patrimoniale au 31 décembre 2024. Comme le précise l'exposé sommaire de l'amendement nº 1871 du Gouvernement, cela représenterait environ 9 milliards d'euros pour la branche maladie et 6 milliards d'euros pour la branche vieillesse.

Le B précise que ces transferts interviennent au plus tard le 31 décembre 2026 et que leurs dates et montants sont fixés par décret.

Fait notable, cette reprise de dette ne s'accompagnerait d'aucune affectation de recettes supplémentaires à la Cades.

● La conformité d'une telle mesure au cadre organique des reprises de dette ne va pas de soi puisque, pour les raisons développées *supra*, le transfert de déficits supplémentaires à la Cades par le biais d'une loi ordinaire, fut-elle de financement de la sécurité sociale, impose en principe de lui affecter des recettes nouvelles permettant d'assurer le respect de la date d'amortissement de la dette sociale.

Naturellement conscient de cette difficulté, le Premier ministre a saisi le Conseil d'État, le 17 novembre dernier, d'une demande d'avis portant sur l'interprétation des règles organiques encadrant le transfert de déficit à la Cades dont le rapporteur général a pu prendre connaissance. Cette demande portait plus précisément sur plusieurs séries de questions :

– le cadre organique permet-il un transfert de dette non accompagné de recettes nouvelles si ledit transfert ne porte pas préjudice au respect de l'échéance fixée à l'article 4 *bis* de l'ordonnance du 24 janvier 1996 ?

– dans l'affirmative, quel serait le niveau de norme requis pour procéder à ce transfert et quelles seraient les obligations en matière d'information du Parlement et du Conseil constitutionnel permettant d'attester du respect de la date limite

d'amortissement de la dette sociale « *avec un degré de confiance suffisamment élevé* » ?

– dans la négative, le montant des recettes nouvellement affectées à la Cades doit-il être strictement équivalent ou supérieur à celui considéré à la date du transfert comme nécessaire pour assurer l'amortissement de la dette transférée à la date fixée par le cadre organique ou bien est-il possible de prévoir une augmentation plus limitée des recettes considérant les marges de manœuvre financières dont dispose la Cades à la date du transfert pour amortir la dette de façon anticipée par rapport à l'échéance organique ?

Le Conseil d'État a répondu par l'affirmative à la première question, jugeant donc possible un transfert de dette dans la limite des capacités de la Cades à y faire face avant l'échéance organique d'amortissement de la dette sociale et avec les ressources dont elle dispose actuellement. Selon lui, cet interstice est rendu possible par la rédaction du premier alinéa de l'article 4 *bis* de l'ordonnance du 24 janvier 1996 résultant de la loi organique du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

En effet, en fixant une date précise à l'apurement de la dette sociale – celle du 31 décembre 2033 –, le législateur organique aurait accordé une forme de flexibilité au législateur ordinaire : le terme à ne pas dépasser ne serait donc plus celui de la durée estimée à partir des dernières projections de la Cades mais la date fixée dans le marbre de la loi organique.

Un tel changement dans la manière d'apprécier le « terme » de l'amortissement de la dette sociale et donc de la durée de vie de la Cades n'apparaît pas explicite dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel. Dans sa dernière décision relative au cadre organique régissant la dette sociale, le Conseil a ainsi jugé, selon sa formule consacrée que « *la loi de financement de la sécurité sociale doit prévoir l'ensemble des ressources affectées au remboursement de la dette sociale jusqu'au terme prévu pour celui-ci* » et qu'il serait « *ainsi mis à même de vérifier que ces ressources sont suffisantes pour que ce terme ne soit pas dépassé* », sans préciser que ce terme devait être interprété comme le 31 décembre 2033 [(1)].

Il apparaît toutefois plutôt logique de considérer que, si le législateur organique a fait le choix de fixer une date à ce point non équivoque que chacun pouvait l'inscrire à son propre calendrier dès la publication de la loi organique du 7 août 2020, le législateur ordinaire ne doit être tenu qu'à cette date et non pas à celle à laquelle pourrait finalement intervenir l'apurement définitif de la dette transférée à la Cades compte tenu de l'amélioration des conditions de marché et du rendement des recettes dont elle dispose.

---

(1) Décision n° 2020-804 DC du 7 août 2020, Loi organique relative à la dette sociale et à l'autonomie.

● Restait cependant à trancher la question des modalités d'information du Parlement et du Conseil constitutionnel afin qu'ils puissent être mis à même d'apprécier si un transfert supplémentaire peut être amorti sans report de l'échéance organique.

En effet, si l'annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, relative à l'équilibre des finances sociales [(1)], et le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale annexé chaque année au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale [(2)] présentent la trajectoire d'amortissement de la dette sociale, ces éléments n'intègrent par construction pas de scénarios étudiant l'effet d'une reprise de dette supplémentaire qui ne serait pas prévue dans le texte initial et donc au moment du dépôt des annexes.

Le Conseil d'État a donc estimé qu'un transfert de dette intervenant par voie d'amendement en cours d'examen parlementaire devait faire figurer, dans l'exposé des motifs dudit amendement, les effets qu'un tel transfert induirait sur la trajectoire de la dette sociale. C'est ce à quoi s'est employé le Gouvernement dans l'amendement n° 1871 qu'il a déposé au Sénat.

● Au-delà de ces prolégomènes juridiques, un peu longs mais somme toute nécessaires s'agissant d'un amendement qui transfère 15 milliards d'euros à la Cades selon des modalités inhabituelles, il convient donc de se prononcer sur le point de savoir si la trajectoire actuelle d'amortissement de la dette déjà transférée à la Cades laisse une marge de manœuvre suffisante pour lui permettre un tel effort supplémentaire.

Le rapporteur général a rappelé dans son rapport de première lecture que les estimations présentées dans l'annexe 3 présageaient « *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* » [(3)]. Plus précisément, les perspectives d'apurement de cette dette présentées en annexe du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2024 distinguent trois scénarios fondés sur environ 8 000 simulations menées par la Cades [(4)] :

– dans les 5 % de scénarios les plus favorables, la dette sociale serait totalement amortie en mai 2031 ;

---

(1) Prévue au 3° de l'article L.O. 111-4-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Prévue au 8° de l'article L.O. 111-4-4 du même code.

(3) Commentaire de l'article 15 du présent projet de loi de financement en première lecture.

(4) Ces simulations font varier de nombreux paramètres macroéconomiques s'agissant de l'évolution du produit intérieur brut, des taux d'intérêts, de l'inflation, de la masse salariale, du rendement des recettes de la Cades, etc.

– dans le scénario dit « médian », cette dette serait amortie en juillet 2032 [1] ;

– dans les 5 % de scénarios les plus pessimistes, elle ne serait apurée qu'en mars 2033.

● Ces résultats appellent deux constats de la part du rapporteur général. Le premier est qu'il y aurait effectivement une certaine marge de manœuvre pour un transfert de dette et qu'il convient donc d'en estimer l'ampleur. Le second est qu'il y a près de deux ans d'écart entre les scénarios les plus pessimistes et les scénarios les plus optimistes, ce qui appelle à la plus grande prudence dans la détermination du montant de dette pouvant être transféré.

La capacité d'amortissement annuelle de la Cades est, depuis deux ans, proche d'environ 16 milliards d'euros [2]. Le transfert proposé est quant à lui de 15 milliards d'euros, ce qui correspondrait, en l'état actuel des choses, à un peu moins d'une année d'amortissement même si l'on peut raisonnablement prévoir que les recettes de CSG et de CRDS seront, en valeur absolue et toutes choses égales par ailleurs, plus élevées en 2032 et 2033 qu'elles ne le sont actuellement.

Or, selon l'exposé des motifs de l'amendement du Gouvernement, les simulations réalisées en tenant compte de ce transfert conduisent aux trois scénarios suivants :

– dans le scénario médian, la dette sociale serait amortie en mai 2033, soit environ dix mois après l'échéance actuellement estimée comme médiane ;

– dans un scénario dit « pessimiste », qui correspond au « *scénario le plus optimiste parmi les 10 % de scénarios les plus pessimistes* », l'apurement serait repoussé à novembre 2033 ;

– dans un scénario dit « très pessimiste », qui correspond au « *scénario le plus optimiste parmi les 5 % de scénarios les plus pessimistes* », l'amortissement interviendrait même en décembre 2033, soit environ huit mois après l'échéance actuelle telle qu'elle résulte des « 5 % des scénarios les plus pessimistes ».

Si le rapporteur général convient bien volontiers que l'appréciation du risque peut se faire en retenant un scénario médian, il résulte de ces hypothèses qu'il existe certains scénarios encore plus pessimistes, dont la qualification sémantique n'a pas encore été trouvée, pour lesquels le transfert de ces 15 milliards d'euros supplémentaires conduirait à devoir, soit proroger la durée de vie de la Cades, soit lui attribuer des recettes supplémentaires.

---

(1) Le scénario médian est celui qui est habituellement retenu pour déterminer l'horizon d'amortissement lors d'un transfert de dette. Comme son nom l'indique, il correspond à la date située entre les 50 % des scénarios les plus favorables et les 50 % de scénarios les plus défavorables.

(2) Cette capacité a diminué par rapport aux années passées compte tenu de la réduction des recettes de CSG et du versement annuel du FRR.

3. La position du rapporteur général

● Cela étant dit, les éléments portés à la connaissance du Parlement suggèrent qu'une reprise de dette de 15 milliards d'euros sans report de la date d'amortissement de la dette sociale est plausible. Sur le plan juridique, la reprise ainsi proposée paraît donc possible même s'il appartiendra naturellement au Conseil constitutionnel d'en juger s'il était saisi de cette question.

Sur le plan de l'opportunité, elle paraît absolument nécessaire au rapporteur général qui a déjà dit et écrit à de nombreuses reprises que la dégradation de la situation financière de la sécurité sociale appelait des mesures fortes pour garantir la capacité de l'Acoss à refinancer ses besoins de trésorerie.

En effet, l'article 16 du projet de loi de financement prévoit déjà un plafond d'endettement très élevé pour 2026, de l'ordre de 83 milliards d'euros (contre 65 milliards d'euros en 2025). Pour autant, lors de son audition par le rapporteur général dans le cadre des travaux préparatoires à la première lecture, le directeur de l'Acoss a indiqué qu'un tel montant ne laissait pas une marge de manœuvre considérable à l'Agence pour assurer ses besoins de trésorerie. Cette marge de manœuvre se réduirait d'autant plus que les prévisions de déficit pour 2026 initialement fixées par le projet de loi de financement étaient de 17,5 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base tandis que celles qui résultaient des votes intervenus en première lecture à l'Assemblée nationale étaient supérieures de près de 7 milliards d'euros.

● Lors de la discussion en séance publique au Sénat, la rapporteure générale de la commission des affaires sociales a indiqué que cette solution, pour nécessaire et utile qu'elle soit, n'était que transitoire en vue d'une reprise de dette d'une ampleur plus importante mais qui nécessiterait un report de la date d'amortissement de la dette sociale au-delà de la borne du 31 décembre 2033.

S'il accueille donc avec bienveillance cette reprise de dette et appelle à une adoption de l'article 15 dans sa rédaction issue du Sénat, le rapporteur général rappelle donc que cette adoption n'exonèrera pas le Parlement d'un débat prochain sur l'avenir de la dette sociale au travers d'un projet de loi organique *ad hoc*. Comme le suggère la Cour des comptes dans sa note sur la situation financière de la sécurité sociale de novembre 2025 [(1)], ce débat devra nécessairement s'accompagner d'une réflexion sur les modalités d'un redressement crédible de nos comptes sociaux. Faute d'une telle réflexion, nous ne ferions alors que repousser le problème comme nous l'avons fait à chaque report de l'échéance d'extinction de la dette sociale.

*

* *

(1) Cour des comptes, « La situation financière de la sécurité sociale : une perspective de redressement fragile en 2026, une impasse de financement préoccupante », communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, novembre 2025.

Article 16

Liste et plafonds de trésorerie des organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Conformément au *e* du 2° de l'article L.O. 111-3 4 du code de la sécurité sociale, cet article 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 (Acoss), à hauteur de 83 milliards d'euros ;

– la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), pour 13,4 milliards d'euros ;

– la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF), pour 360 millions d'euros ;

– la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM), à raison de 450 millions d'euros.

● L'Assemblée nationale a adopté cet article dans sa rédaction initiale, malgré la dégradation de la prévision de solde des régimes obligatoires de base entre le dépôt du projet de loi et sa transmission au Sénat qui, si elle se confirmait, entraînerait une augmentation du besoin de financement de l'Acoss.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté cet article sans modification.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article nécessaire à la sécurisation de la trésorerie de la sécurité sociale et donc au service des prestations. Il appartiendra au Gouvernement de proposer le cas échéant d'ajuster le plafond

d'emprunt de l'Acoss pour tenir compte des votes émis par le Parlement, concernant en particulier le transfert d'une partie de ses déficits à la Cades.

*
* *

Article 16 bis
Obligation pour certains organismes de sécurité sociale de s'endetter prioritairement auprès de la Caisse des dépôts et consignations

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat en première lecture.

1. Les dispositions du projet de loi résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'amendement n° 1083 de M. Yannick Monnet et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine, adopté contre l'avis du rapporteur général de la commission des affaires sociales et du Gouvernement. D'après son exposé sommaire, cet amendement visait à « *rediriger les emprunts de* [l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ou Acoss] *vers la Caisse des dépôts et consignations* ».

En l'état du droit, les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes qui concourent à leur financement peuvent être autorisés à recourir à des ressources non permanentes, lesquelles ne peuvent provenir que de la Caisse des dépôts et consignations, de sociétés de financement et d'établissements de crédit agréés ou de l'Acoss [(1)]. Par dérogation, cette dernière est aussi habilitée à émettre des titres de créances négociables sur les marchés de court terme [(2)].

● L'article 16 *bis* ne semble pas avoir la portée que lui prêtaient les auteurs de l'amendement dont il est issu. En effet, la nouvelle rédaction du premier alinéa de l'article L. 139-3 du code de la sécurité sociale à laquelle il aboutit prévoit que les régimes et organismes de sécurité sociale s'endettent « *prioritairement* » auprès de la Caisse des dépôts et consignations et « *subsidiairement* » auprès des autres organismes dont peuvent provenir les ressources non permanentes auxquelles la loi de financement de la sécurité sociale les autorise à recourir, c'est-à-dire les sociétés de financement, les banques et l'Acoss. En revanche, l'article 16 *bis* ne modifie pas le deuxième alinéa du même article L. 139-3, qui autorise celle-ci à émettre des titres sur les marchés.

(1) Premier alinéa de l'article L. 139-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Deuxième alinéa de l'article L. 139-3 précité.

Par ailleurs, il convient de rappeler que, si l'Acoss a recouru à des emprunts de la Caisse des dépôts par le passé, notamment en 2020 durant la crise sanitaire, elle n'a plus mis en œuvre cette possibilité depuis 2021. Toutefois, comme le souligne la commission des affaires sociales du Sénat dans son rapport, en vertu de la convention quinquennale qui la lie à la Caisse des dépôts, l'Acoss pourrait recourir à des prêts de cette dernière d'un encours total de 13 milliards d'euros. L'usage de cette faculté pourrait se révéler nécessaire si, comme cela s'est produit en mars 2020, l'Acoss n'obtenait pas des marchés les sommes qu'elle chercherait à emprunter auprès d'eux.

Cependant, obliger l'Acoss à s'endetter prioritairement auprès de la Caisse des dépôts conduirait à saturer ce plafond pour combler ses besoins de financement actuels – lesquels étaient évalués à 78,5 milliards d'euros au moment du dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) –, ce qui la priverait de la possibilité de recourir à cet outil en cas d'événement imprévu.

En outre, les règles prudentielles applicables à la Caisse des dépôts paraissent faire obstacle à ce qu'elle couvre une part plus importante des besoins de financement de l'Acoss.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Suivant l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté l'amendement de suppression n° 633 de la commission.

3. La position du rapporteur général

Compte tenu des éléments rappelés ci-dessus, le rapporteur général approuve la suppression de cet article effectuée par le Sénat.

Outre que le dispositif introduit par l'Assemblée nationale en première lecture ne correspondait pas à l'intention des auteurs de l'amendement, il souligne que la mesure proposée, si elle était reprise sous une autre forme, fragiliserait dangereusement le financement de l'Acoss qu'il importe au contraire de conforter, ce qui est d'ailleurs l'objet des transferts à la Caisse d'amortissement de la dette sociale prévus par l'article 15 dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* *

Article 17
Approbation de l'annexe pluriannuelle

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : supprimé.

Sort au Sénat : rétabli et modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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 juridique 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).

● Entre 2026 et 2029, la trajectoire des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale telle qu'estimée dans la version initiale du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 devait connaître une relative stabilité. Le déficit devait en effet passer de 17,5 milliards d'euros en 2026 à 17,9 milliards d'euros en 2029.

Une telle stabilité devait résulter de la combinaison entre :

– la réduction du déficit de la branche vieillesse principalement liée à la sous-indexation pluriannuelle des pensions de retraite prévue à l'**article 44** ainsi que l'accroissement spontané du solde de la branche famille découlant de la faible natalité, d'une part ;

– l'aggravation des déficits de la branche maladie, sous l'hypothèse d'une fixation de la croissance de l'Ondam à 2,9 % sur la période hors exercice 2026, et la stabilité des déficits des branches accidents du travail et maladies professionnelles (autour de 1 milliard d'euros) et autonomie (1,7 milliard d'euros).

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu l'amendement de suppression n° 590 de M. Yannick Monnet et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Suivant l'avis favorable de la commission, le Sénat a adopté en première délibération un amendement n° 1874 du Gouvernement rétablissant l'article 17 et son annexe en tirant les conséquences des votes intervenus lors de l'examen du texte sur la trajectoire pluriannuelle [(1)]. Cet amendement a également fait l'objet d'un sous-amendement n° 1875 de la commission ayant reçu un avis de sagesse du Gouvernement et ajoutant une phrase sur le fait que le thermalisme offre une prise en charge pluridisciplinaire dans une logique de prévention et de bien-être.

● La trajectoire rectifiée par l'amendement n° 1874 du Gouvernement à l'issue de l'examen au Sénat de la deuxième partie du projet de loi de financement a été modifiée une nouvelle fois à l'issue de l'examen de la troisième partie, en seconde délibération, par l'amendement n° 4 du Gouvernement bénéficiant d'un avis favorable de la commission.

ÉCART DE TRAJECTOIRE PLURIANNUELLE AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA NAVETTE (ROBSS)

(en milliards d'euros)

Assemblée nationale (PLFSS initial) (1)	**2024**	**2025 (p)**	**2026 (p)**	**2027 (p)**	**2028 (p)**	**2029 (p)**
Recettes	626,4	642,3	659,4	676,4	694,7	711,8
Dépenses	642,8	665,8	676,9	693,5	711,6	730,1
Solde	-16,4	-23,5	-17,5	-17,1	-16,9	-18,3
Sénat (2)	**2024**	**2025 (p)**	**2026 (p)**	**2027 (p)**	**2028 (p)**	**2029 (p)**
Recettes	626,4	643,1	661,2	678,5	697,1	714,5
Dépenses	642,8	666,1	678,7	697	716,6	736,7
Solde	-16,4	-23	-17,6	-18,5	-19,5	-22,2
Écart (2-1)	**0**	**0,5**	**-0,1**	**-1,4**	**-2,6**	**-3,9**

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

La trajectoire présentée dans le texte issu de l'Assemblée nationale correspond à la version initiale du Gouvernement. Il n'intègre donc pas les votes qui y sont intervenus en première lecture.

Source : commission des affaires sociales.

L'on constate ainsi un net décrochage de la situation financière de la sécurité sociale à l'horizon 2029 puisque le déficit serait supérieur de 3,9 milliards d'euros à celui de la trajectoire initiale et s'établirait à 22,2 milliards d'euros.

(1) En première délibération, le Sénat avait adopté un amendement n° 1873, ensuite « écrasé » par l'amendement n° 4.

Les mesures modifiant cette trajectoire font l'objet d'une présentation plus détaillée au commentaire de l'**article 14** ainsi qu'à ceux correspondant aux articles qui les prévoient.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général constate que, si le déficit résultant du texte du Sénat est très proche de celui initialement prévu pour 2026, la trajectoire financière connaît une évolution très différente en analyse pluriannuelle. Cela résulte essentiellement de la suppression par le Sénat de la sous-indexation des pensions de retraite pour les années 2027 à 2030, initialement prévue à l'**article 44**. Certaines mesures adoptées à l'Assemblée nationale et conservées dans le texte du Sénat améliorent durablement les recettes, notamment l'**article 12** ***quinquies*** qui prévoit la compensation d'exonérations ciblées.

Le rapporteur général ne nourrit évidemment aucune prévention contre le thermalisme. Mais il estime que l'ajout du Sénat n'est qu'une déclaration d'intention à son égard. Il ne partage pas sur la forme les modifications consistant à ajouter à l'annexe pluriannuelle des éléments qui n'ont pas d'effet sur la trajectoire financière de la sécurité sociale. Il n'estime toutefois pas impératif de supprimer cette mention.

● Au-delà de ces considérations, le rapporteur général se borne à prendre acte de l'article 17 dans sa rédaction actuelle et rappelle qu'il appartiendra au Gouvernement de le rectifier en fin de nouvelle lecture dans le but de retranscrire les votes intervenus à l'Assemblée nationale.

*

* *

TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2026

TITRE IER
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Article 18
Étendre le champ des participations forfaitaires et franchises et rendre visible leur recouvrement

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : supprimé.

Sort au Sénat : suppression maintenue.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu les neuf amendements de suppression n° 477 de Mme Josiane Corneloup et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, n° 574 de Mme Sandrine Runel et des membres du groupe Socialistes et apparentés, n° 580 de M. Hendrik Davi et des membres du groupe Écologiste et Social, n° 591 de M. Yannick Monnet et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine, n° 1250 de Mme Maud Petit (groupe Les Démocrates), n° 1358 de M. Paul-André Colombani et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires, n° 1663 de M. René Lioret et des membres du groupe Rassemblement National, n° 1833 de M. Hadrien Clouet et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front

Populaire et n° 1986 de M. Éric Michoux et plusieurs de ses collègues des groupes Union des droites pour la République et Rassemblement National.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Après avoir rejeté l'amendement n° 1862 du Gouvernement qui suggérait de rétablir une partie de ses dispositions (celles ne concernant pas le recouvrement des participations auprès du praticien ou du pharmacien) et avait fait l'objet d'un avis défavorable de la commission, le Sénat a confirmé la suppression de l'article 18. Il a d'ailleurs aussi rejeté l'amendement n° 1863 du Gouvernement portant article additionnel et tendant à rétablir le surplus de l'article 18 (les alinéas afférents au recouvrement des participations), contre lequel la commission s'était de même prononcée.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 18 effectuée par l'Assemblée nationale et confirmée par le Sénat.

● Il appelle le Gouvernement à tenir compte de la volonté du Parlement, ainsi que des alertes émises au regard de l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), quant à l'hypothèse de la mise en place de nouvelles franchises s'il venait à confirmer son projet d'un doublement par voie réglementaire du montant ou du plafond d'une partie ou de l'intégralité des franchises existantes – une économie à ce titre est intégrée aux déterminants de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour pas moins de 2,3 milliards d'euros en année pleine.

*

* *

Article 18 bis *A (nouveau)*
Définition des conditions dans lesquelles les anciens assurés retrouvent leurs droits à l'assurance maladie après leur retour sur le territoire français

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, suivant l'avis de la commission mais contre celui du Gouvernement, de l'amendement n° 1284 de Mme Mélanie Vogel et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires.

● Son dispositif est identique à celui :

– de l'article 36 *ter* introduit dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 au cours de son examen en première lecture par le Sénat, à la faveur de l'adoption de l'amendement n° 1314 rectifié des mêmes auteurs, qui avait reçu les mêmes avis respectifs de la commission et du Gouvernement avant d'être supprimé dans la suite de la navette ;

– de l'article 17 *bis* D introduit dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 au cours de son examen en première lecture par le Sénat, à la faveur de l'adoption de l'amendement n° 1509 des mêmes auteurs, qui avait reçu le même avis respectif de la commission et du Gouvernement avant d'être supprimé dans la suite de la navette.

● L'article 18 *bis* A vise à améliorer la continuité de la prise en charge des frais de santé des personnes se réinstallant en France après avoir vécu à l'étranger.

D'après l'exposé sommaire de l'amendement à son origine, la continuité des remboursements au profit des anciens assurés à leur retour sur le territoire national ne serait pas garantie puisque le bénéfice de l'assurance maladie est conditionné à la résidence « *stable et régulière* », donc de plus de trois mois, ou à l'exercice d'une activité professionnelle en France [(1)]. Cette condition a pour conséquence que les personnes qui déménagent à l'étranger perdent, sauf cas particulier, leur couverture par l'assurance maladie.

L'article additionnel complète ainsi l'article L. 160-4 du code de la sécurité sociale pour renvoyer à un décret en Conseil d'État – pris après avis du Conseil économique, social et environnemental et de l'Assemblée des Français de l'étranger ou, dans l'intervalle de ses sessions, de son bureau – la précision des conditions dans lesquelles les anciens assurés recouvrent leurs droits au titre de la branche maladie « *dans les meilleurs délais après leur retour sur le territoire* » (cette dernière formule concourant plus à la recevabilité financière de la mesure qu'à sa normativité).

Toutefois, comme les ministres et les rapporteurs généraux de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale successifs l'ont souligné [(2)], il existe déjà des dispositifs répondant à l'objectif visé par les sénateurs.

En effet, la prise en charge des frais de santé de toute personne travaillant en France ou y résidant depuis au moins trois mois est garantie depuis l'entrée en vigueur de la protection maladie universelle le 1er janvier 2016. Pour justifier de la stabilité de sa résidence, une personne n'exerçant pas d'activité professionnelle et souhaitant s'affilier à l'assurance maladie française doit produire un justificatif démontrant qu'elle réside en France de manière ininterrompue depuis trois mois.

---

(1) Deuxième alinéa de l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Rapport n° 1918 de Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, 23 novembre 2023 (pp. 149-150) ; rapport n° 869 de M. Thibault Bazin, rapporteur général, 30 janvier 2025 (pp. 200-201).

Certaines catégories de personnes énumérées à l'article D. 160-2 du code de la sécurité sociale n'ont pas à justifier de cette condition. Bien que les anciens assurés ne soient pas mentionnés dans cet article, leur situation est néanmoins couverte par différentes dispositions énumérées à cet article.

En outre, lorsque les anciens assurés exercent une activité professionnelle à leur retour, leur inscription à la caisse primaire d'assurance maladie – ou à la caisse locale de la mutualité sociale agricole, etc. – du ressort de leur lieu de résidence prend effet dès le démarrage de leur emploi.

Le délai de carence de trois mois est par ailleurs couvert par l'assurance maladie du ressort de l'État dont l'ancien assuré était résident avant son retour en France dès qu'il s'agit d'un État membre de l'Union européenne, ce qui évite les ruptures de couverture. À cet effet, les anciens assurés peuvent utiliser leur carte européenne d'assurance maladie pendant les trois premiers mois.

Si la personne s'est affiliée le temps de son expatriation à la Caisse des Français de l'étranger, les droits d'affiliation sont maintenus lors du retour en France jusqu'à la réouverture des droits. Pour les personnes qui ne conservent pas de droits d'affiliation de leur précédent pays de résidence et ne travaillant pas en France dans les trois premiers mois de leur retour, il demeure la possibilité de souscrire une assurance volontaire le temps nécessaire à la réouverture de leurs droits.

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de supprimer l'article 18 *bis* A.

*
* *

Article 18 bis
Subordination de la prise en charge des lentilles de contact à la télétransmission d'un acte de remise

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, contre l'avis du rapporteur général et du Gouvernement, de l'amendement n° 1618 de Mme Anne-Sophie Ronceret et plusieurs de ses collègues des groupes Ensemble

pour la République, Droite Républicaine, Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires, Horizons & Indépendants et Les Démocrates.

D'une part, il modifie le B du I de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale afin que puisse être recouvré un indu par les organismes d'assurance maladie non seulement « *en cas de facturation en vue du remboursement* [...] *d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés ou lorsque ces actes sont effectués ou ces prestations et produits délivrés alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale* », comme cela est prévu aujourd'hui, mais aussi « *lorsqu'il n'a pas été satisfait à l'obligation de télétransmission de l'acte de remise mentionnée à l'article L. 165-1-3* » du même code.

Le rapporteur général ne peut que noter le caractère peu précis de ce renvoi, ce dernier article concernant certes la télétransmission mais il est loin d'être le seul ou le plus principiel à le faire et surtout il est relatif au recueil, par leurs distributeurs et avec l'accueil des patients, de données issues d'un dispositif médical nécessaires à l'évaluation du traitement, lesquelles informations peuvent être envoyées par voie numérique au médecin qui l'a prescrit ou au service du contrôle médical (1).

D'autre part, cet additionnel insère dans ledit code un article L. 165-1-9 aux termes duquel le remboursement des lentilles de contact par la branche maladie aussi bien que par la complémentaire de l'assuré serait « *subordonné à la télétransmission, par l'opticien-lunetier qui délivre le produit à l'assuré, d'un acte de délivrance destiné à assurer la traçabilité* », étant précisé que la télétransmission comprendrait plusieurs informations, parmi lesquelles « *l'identification de l'assuré par la carte Vitale,* [celle] *du professionnel* [et] *du prescripteur,* [...] *la référence du produit ainsi que la date et le lieu de délivrance* » et que le non-respect de cette nouvelle obligation serait passible des sanctions mentionnées à l'article L. 114-17-1 dudit code, c'est-à-dire d'avertissements ou de pénalités dont le montant est « *fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 70 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables forfaitairement dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale* ».

Le rapporteur général entend qu'il y ait en matière optique comme auditive une consommation pouvant sembler excessive, non sans que le 100 % Santé ait créé un certain appel d'air, et qu'il y a des entreprises faisant une publicité exagérée ; il juge que ce second point concerne moins la sécurité sociale que des abus d'ordre commercial, donc qu'un meilleur véhicule serait le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales.

L'article 18 *bis*, aux yeux du rapporteur général, est à la fois très compliqué, peu opérationnel (ainsi de la mention que la télétransmission serait « *assortie d'une authentification du retrait* »), empiétant largement en dehors du domaine de la

---

(1) Le troisième alinéa de l'article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale mentionne que la prise en charge du dispositif peut être conditionnelle ; or le critère à respecter est le respect de ses conditions d'utilisation.

loi (de financement de la sécurité sociale ou non), et mal proportionné pour n'aborder que des lentilles de contact.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu l'amendement n° 1618 dont résulte cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

La commission des affaires sociales du Sénat indique que ces dispositifs n'étant pris en charge, pour 60 % d'un tarif de responsabilité qui dans la plupart des situations revient à 47,38 euros par an, que pour cinq indications, la dépense de la sécurité sociale serait de 5 millions d'euros en 2024, contre 685 millions d'euros pour les complémentaires et 171 millions d'euros par les ménages [(1)]. Elle a partagé les doutes quant au caractère opérationnel de l'article 18 *bis* et à son débordement manifeste sur le champ réglementaire, déjà émis par le rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Le Sénat a adopté, suivant l'avis du Gouvernement, les deux amendements de suppression de l'article 18 *bis* n° 78 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste) et n° 635 de la rapporteure pour la branche maladie.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 18 *bis* effectuée par le Sénat.

*

* *

Article 18 ter *A (nouveau)*
Restriction des conditions de justification de la résidence principale

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, de l'amendement n° 750 rect. de Mme Nathalie Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste.

● Il crée un article L. 111-2-1 A du code de la sécurité sociale au sens duquel et pour l'application de ce code, « *la résidence principale d'une personne*

(1) Fascicule n° 2 du tome II du rapport n° 131 (2025-2026) de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, enregistré à la présidence du Sénat le 15 novembre 2025 (pp. 22-26).

est justifiée dans des conditions fixées par décret ; l'élection de domicile ne vaut pas résidence ».

Ainsi que le présent rapport l'a déjà rappelé (*cf. supra* le commentaire de l'article 18 *bis* A), le deuxième alinéa de l'article L. 111-1 du même code couvre les charges de maladie, de maternité ou paternité, de famille et d'autonomie pour « *toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière* » et, au cas général, l'article D. 160-2 dudit code prévoit que cette dernière condition est respectée après une « [période] *ininterrompue de trois mois* ».

2. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose de supprimer l'article 18 *ter* A.

● Il comprend et partage naturellement la volonté de Mme Goulet de lutter contre toutes les formes de fraude mais s'écarte de son analyse sur deux points :

– selon l'auteure de l'article additionnel, les contrôles seraient impossibles en cas d'élection du domicile chez un tiers ; or la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées a indiqué que cet aspect est satisfait car « *la vérification de la condition de résidence a lieu lors de la demande, sur la base de justificatifs et lors de contrôles réguliers ; en 2024, les droits de 239 000 personnes ont été fermés après contrôle* » [(1)] ;

– le juge constitutionnel a maintes fois accordé sa protection à l'inviolabilité et au libre choix du domicile, sur le fondement de l'article 2 de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen [(2)], de sorte qu'il serait utile qu'une intervention du législateur en cette matière soit éclairée au préalable par un avis du Conseil d'État.

*

* *

(1) Sénat, compte rendu de la séance publique du 23 novembre 2025 (matin).

(2) Conseil constitutionnel, décision n° 83-164 DC du 29 décembre 1983, Loi de finances pour 1984*, cons. 29 ; décision n° 96-377 DC du 16 juillet 1996,* Loi tendant à renforcer la répression du terrorisme et des atteintes aux personnes dépositaires de l'autorité publique ou chargées d'une mission de service public et comportant des dispositions relatives à la police judiciaire*, cons. 16 ; décision n° 2003-467 DC du 13 mars 2003,* Loi pour la sécurité intérieure*, cons. 70 ; décision n° 2004-492 DC du 2 mars 2004,* Loi portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité*, cons. 46 ; décision n° 2013-679 DC du 4 décembre 2013,* Loi relative à la lutte contre la fraude fiscale et la grande délinquance économique et financière*, cons. 38 à 40 (précisément en matière de fraude fiscale) ; décision n° 2016-536 QPC du 19 février 2016,* Ligue des droits de l'homme*, cons. 5, 8 à 10 et 12 ; décision n° 2016-600 QPC du 2 décembre 2016,* M. Raïme A.*, paragr. 6, 8 et 14 à 16 ; décision n° 2019-778 DC du 21 mars 2019,* Loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice*, paragr. 194 et 195 ; décision n° 2019-772 QPC du 5 avril 2019,* M. Sing Kwon C. et autre*, paragr. 10 ; décision n° 2020-873 QPC du 15 janvier 2021,* M. Mickaël M.*, ; décision n° 2023-855 DC du 16 novembre 2023,* Loi d'orientation et de programmation du ministère de la justice 2023-2027*, paragr. 26 à 31 ; décision n° 2024-869 DC du 20 juin 2024,* Loi améliorant l'efficacité des dispositifs de saisie et de confiscation des avoirs criminels*, paragr. 6 à 14.*

Article 18 ter

Expérimentation de la prise en charge des actes de prélèvements consécutifs aux sévices sexuels subis, sans exigence d'un dépôt de plainte

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, suivant l'avis du rapporteur général et le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse de l'Assemblée, de l'amendement n° 626 de Mme Céline Thiébault-Martinez (groupe Socialistes et apparentés) et plusieurs de ses collègues des groupes Les Démocrates, Écologiste et Social, Socialistes et apparentés, Ensemble pour la République, Gauche Démocrate et Républicaine et Horizons & Indépendants.

Il prévoit que l'État puisse autoriser, pour trois ans et dans trois régions au plus dont l'une située outre-mer, la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des actes de prélèvements consécutifs à des violences sexistes et sexuelles [(1)], dans un délai d'un mois à compter des faits, sans considération d'âge et même en l'absence de dépôt de plainte. Assurément, ce dispositif n'est expérimental que dans le but de la recevabilité financière de l'amendement à son origine.

Il sollicite aussi du Gouvernement un rapport d'évaluation sur, notamment, l'incidence au déroulement des procédures pénales.

Le rapporteur général ne peut que soutenir cette initiative : « *invasifs, les prélèvements consécutifs à un viol ou à une agression ne manquent pas d'ajouter du traumatisme au traumatisme* » [(2)].

Néanmoins, la dispense complète de participation des assurés ne doit pas faire oublier que les réponses les plus pertinentes se trouvent dans la prévention et la répression des crimes d'une part et dans le développement de l'accès à des structures adaptées pour les victimes, majoritairement des femmes, d'autre part.

---

(1) Les articles 222-22, 222-23, 222-23-1 et 222-23-2 du code pénal ont été modifiés par la loi n° 2025-1057 du 6 novembre 2025 modifiant la définition pénale du viol et des agressions sexuelles, les mots : « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise *» ayant été remplacés par les mots :* « tout acte sexuel non consenti commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur *» et la précision que «* le consentement est libre et éclairé, spécifique, préalable et révocable ; il est apprécié au regard des circonstances ; il ne peut être déduit du seul silence ou de la seule absence de réaction de la victime ; il n'y a pas de consentement si l'acte à caractère sexuel est commis avec violence, contrainte, menace ou surprise, quelle que soit leur nature *» ayant été introduite.*

(2) Assemblée nationale, compte rendu de la deuxième séance publique du 8 novembre 2025.

Aujourd'hui, sauf naturellement pour les sévices sur des mineurs [1], la prise en charge des frais médicaux peut être assumée par le ministère de la justice s'ils sont engagés dans les centres médico-judiciaires et si à la fois une plainte a été enregistrée et une réquisition judiciaire a été émise.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu l'amendement n° 626 dont résulte cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

La commission des affaires sociales du Sénat écrit avec justesse que « *dans les heures ou dans les jours suivant la survenue des faits, les conditions ne sont pas toujours réunies pour que la victime tranche sur sa volonté de porter plainte* » [2].

Le Sénat a adopté, le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse de celui-ci, l'amendement n° 636 de la rapporteure pour la branche maladie, apportant à l'article 18 *ter* des modifications rédactionnelles et diminuant de six à trois mois le délai dans lequel serait rendu le rapport avant le terme de l'expérimentation.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de conserver l'article 18 *ter* dans sa rédaction résultant des travaux du Sénat ; il note que seul l'exécutif, dont les initiatives ne sont pas soumises à l'article 40 de la Constitution, pourrait transformer l'expérimentation en un dispositif pérenne.

*
* *

Article 18 quater
Demande de rapport sur le forfait patient urgences

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique de l'amendement n° 1553 de Mme Ségolène Amiot et des membres du groupe La France

(1) 15° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, créé par l'article 31 de la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

(2) Fascicule n° 2 du tome II du rapport n° 131 (2025-2026) de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, enregistré à la présidence du Sénat le 15 novembre 2025 (pp. 26-30).

insoumise - Nouveau Front Populaire, contre l'avis du rapporteur général et du Gouvernement.

Il demande, sous six mois, un rapport sur la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et prestations « *occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé* [...] *lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement* » (cette formule ne figure pas dans le dispositif de l'article 18 *quater*, mais au troisième alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale), qu'un barbarisme désigne comme le « forfait patient urgences » (FPU). Pour les auteurs de l'amendement, ce forfait nuit à l'accès aux soins alors que l'offre de ville est défaillante.

Le FPU a été créé par le *a* du 1° du I de l'article 51 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, en vigueur depuis le 1er janvier 2022. Son montant est de 19,61 euros – ou de 8,49 euros pour les personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD) ou se présentant après un accident du travail ou une maladie professionnelle (AT-MP) (sous conditions) (1), tandis qu'il n'est pas exigé pour les femmes enceintes, les donneurs d'organe, les titulaires de l'aide médicale de l'État (AME), etc.

Le FPU est en principe pris en charge par les complémentaires santé.

● Le rapporteur général note que de bien nombreuses publications ont déjà été consacrées au FPU, par exemple par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) (2) ou par la Cour des comptes, saisie par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur le fondement du 1° de l'article L.O. 111-4-6 du code de la sécurité sociale (3).

Le rendement du FPU, pour ainsi dire, est d'environ 300 millions d'euros.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu l'amendement n° 1553 dont résulte cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, suivant l'avis du Gouvernement, les deux amendements de suppression de l'article 18 *quater* n° 80 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste) et n° 637 de la rapporteure pour la branche maladie.

---

(1) Arrêté du 17 décembre 2021.

(2) Drees, Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements*, décembre 2024 ;* Panorama des dépenses de santé*, septembre 2025.*

(3) Cour des comptes, L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital : des services saturés, une transformation indispensable du parcours des patients*, novembre 2024.*

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 18 *quater* effectuée par le Sénat.

*
* *

Article 19
Prise en charge des prestations d'accompagnement préventif pour les assurés en risque de développer une affectation de longue durée

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Issu du projet de loi initial, le présent article vise à mettre en place un parcours d'accompagnement préventif à destination des assurés en risque de développer des affections de longue durée (ALD). Un nouvel article L. 162-63 du code de la sécurité sociale – inséré au sein d'une nouvelle section 15 – prévoit ainsi que les assurés dont la pathologie est inscrite sur une liste établie en fonction de critères fixés par décret après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) pourront intégrer ce parcours.

Il 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. Un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale fixera la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie dans ce cadre. Ils le seront selon les règles de droit commun, c'est-à-dire avec l'application d'un ticket modérateur pouvant être pris en charge par les complémentaires santé.

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 HAS en vue d'une éventuelle révision des critères d'admission en ALD.

● Lors de l'examen en séance publique, un amendement rédactionnel du rapporteur a été adopté, ainsi que quatre amendements identiques n° 23 de Mme Sylvie Bonnet et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, n° 588 de Mme Sandrine Runel et des membres du groupe Socialiste et apparentés, n° 593 de Mme Karine Lebon et des membres du groupe Gauche Démocrate et

Républicaine et n° 1829 de Mme Ségolène Amiot et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire. Ces amendements identiques, adoptés avec un avis de sagesse du rapporteur général et défavorable du Gouvernement, visent à interdire la facturation de dépassements d'honoraires dans le cadre de ce parcours d'accompagnement préventif. La ministre Stéphanie Rist a souligné que ces parcours auraient vocation à être financés sous forme de forfaits, de telle sorte que les dépassements d'honoraires ne seraient pas possibles.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté le présent article assorti d'une modification rédactionnelle ainsi que de plusieurs modifications de fond :

– l'amendement n° 639 de la commission, adopté avec l'avis favorable du Gouvernement, vise à faire en sorte que le décret sur lequel portera l'avis de la HAS fixe la liste des pathologies permettant d'intégrer le parcours d'accompagnement préventif, et pas seulement les critères permettant d'établir cette liste. Cette modification vise à aligner le cadre juridique de ces parcours sur celui prévu pour la fixation de la liste des ALD ;

– l'amendement n° 556 rect. *bis* de Mme Chantal Deseyne et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, adopté avec les avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, précise que le parcours « *tient compte, les cas échéant, des recommandations de la HAS relatives aux modalités de prévention et de prise en charge validées, qu'elles soient médicamenteuses ou non médicamenteuses* » ;

– l'amendement n° 640 de la commission, adopté malgré l'avis défavorable du Gouvernement, précise que « *le médecin traitant assure le suivi du parcours d'accompagnement préventif de ses patients* » ;

– les amendements identiques n° 641 rect. de la commission et n° 1351 du Gouvernement suppriment la procédure d'accord préalable conditionnant l'intégration dans ces parcours, conformément à la demande des associations de patients et des syndicats de médecins libéraux, qui la jugeaient trop contraignante ;

– l'amendement n° 642 de la commission, adopté malgré l'avis défavorable du Gouvernement, renvoie à un arrêté ministériel la liste des actes et prestations pris en charge dans le cadre de ces parcours.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur propose d'adopter l'article 19 dans sa rédaction issue du Sénat, sous réserve de deux modifications visant :

– à supprimer les dispositions insérées au Sénat par l'amendement n° 556 rect., qui s'avèrent redondantes et superfétatoires, l'article prévoyant déjà la sollicitation de la HAS sur les parcours d'accompagnement préventif ;

– à supprimer les dispositions insérées au Sénat par l'amendement n° 640 de la commission, qui précisent que le médecin traitant assure le suivi du parcours d'accompagnement préventif de ses patients. Cette disposition est en effet dépourvue d'effet juridique et sera naturellement satisfaite pour tous les assurés disposant d'un médecin traitant.

*
* *

Article 20
Simplifier et rendre plus efficiente la politique vaccinale

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée : rejeté.

Sort au Sénat : rétabli avec modifications.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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 saisonnière 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 – contre la grippe et la rougeole – vise prioritairement les professionnels (article L. 3111-4 du code de la santé publique), pour réduire les infections d'origine nosocomiale. Une obligation vaccinale contre la grippe saisonnière est également introduite (article L. 3111-2-1) pour 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 (article L. 1431-2), actuellement partiellement assurée par les collectivités territoriales. À compter de 2027, les centres de vaccination ne pourront fonctionner que sur habilitation de l'ARS (article L. 3111-11) et seront tous financés *via* le fonds d'intervention régional (FIR) (article L. 174-16 du code de la sécurité sociale).

● En première lecture, l'Assemblée nationale a rejeté le présent article, après avoir adopté neuf amendements rédactionnels du rapporteur général et deux amendements identiques n° 1504 du rapporteur général et n° 1231 de M. Guillaume Florquin et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement National, rappelant que l'obligation vaccinale contre la grippe saisonnière imposée aux professionnels libéraux peut être écartée en cas de contre-indication médicale reconnue.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté le présent article assorti de deux modifications rédactionnelles et de deux modifications de fond :

– il a adopté, malgré l'avis défavorable du Gouvernement, les amendements identiques n° 643 de la commission et n° 865 rect. *bis* de Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, supprimant l'obligation vaccinale contre la grippe saisonnière pour les résidents d'Ehpad ;

– l'amendement n° 1823 de la commission, suivant l'avis favorable du Gouvernement, lequel procède à une coordination juridique pour l'application à Wallis-et-Futuna de l'article L. 3111-4 du code de la santé publique dans sa rédaction issue du présent article.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* *

Article 20 bis
Permettre aux médecins de détenir et conserver le vaccin contre la grippe saisonnière

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 20 *bis* est issu d'un amendement n° 951 de M. Paul-André Colombani et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires. Il a reçu un avis favorable du Gouvernement et du rapporteur général.

Il complète l'article L. 3111-1 du code de la santé publique par deux nouveaux alinéas, qui visent respectivement à :

– autoriser les médecins généralistes à détenir et à conserver le vaccin contre la grippe saisonnière ;

– renvoyer à un décret en Conseil d'État la détermination des conditions de conservation de ces vaccins.

● En l'état du droit, la dispensation de vaccins relève du monopole des pharmaciens (1), en raison notamment des exigences de conservation qui y sont associées. Des dérogations permettent toutefois à certains médecins généralistes d'être autorisés à disposer d'un dépôt de médicaments, incluant les vaccins antigrippaux (2).

Des conditions strictes encadrent l'exercice de ces médecins propharmaciens, telles que l'implantation dans une commune dépourvue d'officine de pharmacie, une autorisation préalable du directeur de l'agence régionale de santé compétente et l'existence d'un intérêt de santé publique. Cependant, l'effectif des médecins propharmaciens reste faible (3) alors que le nombre de pharmacies d'officine connaît une baisse soutenue (4).

Par ailleurs, un renforcement du rôle officinal des médecins généralistes a été observé lors de la crise de la covid-19, avec la création d'un circuit dérogatoire de dispensation de vaccins (5). Bien que cette expérience ait été effectuée dans des conditions singulières – les vaccins distribués aux médecins provenant du stock de l'État, dans un contexte d'urgence sanitaire –, elle suggère que de tels dispositifs ne sont pas inconcevables à une échelle élargie.

● L'assouplissement proposé par l'article 20 *bis* permettrait donc à l'ensemble des médecins généralistes de conserver des vaccins contre la grippe saisonnière en vue d'une administration à leurs patients. Il vise à simplifier et accélérer le parcours vaccinal afin de favoriser une couverture optimale de la population. Il permettra en effet, lors d'une même consultation médicale, de prescrire le vaccin, puis de vacciner un patient pour lequel cette vaccination est recommandée, sans que ce dernier doive se rendre à la pharmacie, voire reprendre un autre rendez-vous médical ensuite.

Cette mesure présente un bénéfice indéniable en termes de prévention – en tirant parti d'un seul contact avec le système de soins pour améliorer la couverture

---

(1) 4° de l'article L. 4211-1 du code de la santé publique.

(2) Article L. 4211-3 du code de la santé publique.

(3) « La régulation du réseau des pharmacies d'officine », Inspection générale des finances, octobre 2016.

(4) « Démographie pharmaceutique : les grandes tendances au 1er janvier 2025 », Ordre national des pharmaciens, juillet 2025.

(5) Décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

vaccinale – mais aussi d'efficience : une seule consultation sera facturée à l'assurance maladie, là où deux consultations sont souvent nécessaires actuellement.

Le présent article contribuera également à fluidifier les parcours de soins et à renforcer le rôle du médecin généraliste – souvent médecin traitant – qui, connaissant l'état de santé du patient, est le mieux placé pour apprécier l'opportunité de la vaccination.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté, avec l'avis défavorable du Gouvernement, les amendements de suppression n° 645 de la commission, n° 83 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste) et n° 1598 rect. de M. Rémy Pointereau et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants - République et Territoires. Il a estimé que le présent article aurait un impact économique et sanitaire néfaste sur la chaîne du médicament. Les sénateurs ont en effet jugé que cet article ne tenait pas compte de la complexité des conditions de conservation des vaccins ; ils ont par ailleurs estimé qu'il pourrait renforcer les difficultés actuellement encourues par les pharmacies d'officine.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de rétablir l'article 20 *bis* dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

*
* *

Article 20 ter
Permettre à l'ensemble des médecins de détenir des vaccins dans leurs cabinets

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 20 *ter* est issu de l'amendement n° 818 de Mme Hélène Laporte et plusieurs de ses collègues des groupes Rassemblement National et Union des droites pour la République, lequel a reçu un avis de sagesse du rapporteur général et un avis favorable du Gouvernement.

Il crée un nouvel article L. 4211-3-1 dans le code de la santé publique, lequel autorise tout médecin à détenir des vaccins dans son cabinet pour procéder directement à la vaccination d'un patient en faisant la demande.

Il a donc une portée plus large que l'article 20 *bis* du présent projet de loi, lequel porte des dispositions similaires mais concerne uniquement le vaccin contre la grippe saisonnière. Le présent article englobe potentiellement l'ensemble des vaccins.

● Comme le rapporteur général l'a rappelé dans le commentaire portant sur l'article 20 *bis*, la dispensation des vaccins relève du monopole des pharmacies [(1)]. Les seuls médecins propharmaciens, uniquement généralistes, peuvent déroger à ce principe [(2)]. Ouvrir à l'ensemble des médecins la possibilité de conserver des vaccins en vue d'une administration à leurs patients présenterait cependant des avantages en termes de prévention, de simplification des parcours de soins et, potentiellement, de coûts induits pour l'assurance maladie.

Cependant, plusieurs incertitudes persistent quant à l'impact du dispositif porté par le présent article. Elles sont notamment relatives aux tensions économiques et sanitaires que cette mesure pourrait faire peser sur la chaîne du médicament.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis défavorable du Gouvernement, les amendements de suppression n° 646 de la commission, n° 84 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste) et n° 1605 de M. Rémy Pointereau et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants - République et Territoires. En cohérence avec la position qu'il avait déjà exprimée sur l'article 20 *bis*, il a estimé que le présent article aurait un impact économique et sanitaire néfaste sur la chaîne du médicament.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de rétablir l'article 20 *ter* sous forme d'expérimentation, de façon à pouvoir d'abord observer, à une échelle limitée, les éventuelles difficultés engendrées par cette possibilité ouverte aux médecins de détenir des vaccins en vue d'une administration à leurs patients.

*

* *

(1) 4° de l'article L. 4211-1 du code de la santé publique.

(2) Article L. 4211-3 du code de la santé publique.

Article 20 *quater*
Application du tiers payant sur la part obligatoire du dispositif Mon soutien psy

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 20 *quater* est issu de l'adoption de l'amendement n° 1368 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé et des membres du groupe Horizons & Indépendants, avec un avis de sagesse du rapporteur général et défavorable du Gouvernement.

Il complète le II de l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale, relatif au dispositif Mon soutien psy, par un 4° *bis* visant à généraliser la pratique du tiers payant sur la part prise en charge par l'assurance maladie pour les séances réalisées dans le cadre de ce dispositif. Les modalités d'application de cette mesure sont renvoyées à un décret en Conseil d'État.

● Mon soutien psy est un dispositif qui permet la prise en charge d'un maximum de douze séances d'accompagnement psychologique par an chez un psychologue libéral conventionné, pour toute personne à partir de 3 ans. Depuis son lancement en 2022, il a d'ores et déjà permis à près de 587 000 patients d'accéder à des soins en santé mentale [(1)].

Les **tarifs des séances d'accompagnement** ont été fixées par arrêté [(2)] à **50 euros** et **ne peuvent donner lieu à dépassement**. L'assurance maladie prend en charge 60 % de ce montant [(3)], tandis que le ticket modérateur est couvert **par les complémentaires santé dans le cadre des contrats responsables et solidaires** [(4)], dont bénéficient 94 % des assurés. Le recours à Mon soutien psy n'induit donc **pas de reste à charge pour l'essentiel des assurés**.

Par ailleurs, l'article 5.2 de la convention-cadre conclue avec les psychologues participant au dispositif prévoit que le **tiers payant s'applique obligatoirement sur la part prise en charge par l'assurance maladie** au bénéfice de patients perçus comme **particulièrement vulnérables**, à savoir les bénéficiaires de la **complémentaire santé solidaire (C2S) ou de l'aide médicale de l'État** et les patients pour lesquels la séance est en lien avec une **affection de longue durée, une**

(1) Gouvernement, « Mon soutien psy : 12 séances remboursées par an », Info.gouv.fr, consulté le 18 novembre 2025, disponible à l'adresse : https://www.info.gouv.fr/actualite/mon-soutien-psy-12-seances-remboursees-par-an

(2) Arrêté du 8 mars 2022 relatif aux tarifs, codes de facturations et critères d'inclusion du dispositif de prise en charge de séances d'accompagnement psychologique.

(3) Article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

(4) Articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

maternité, un sinistre professionnel ou une invalidité. Parmi les patients bénéficiant du dispositif Mon parcours psy, **11 % sont bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire**.

● Il apparaît cependant que l'avance du règlement des séances peut représenter un frein pour les populations plus précaires. Les auteurs de l'amendement à l'origine du présent article soulignent notamment les difficultés d'accès aux soins en santé mentale pour les mineurs, lesquels peuvent, selon la situation de leurs parents, ne pas bénéficier du tiers payant en l'état actuel du droit.

Lors de l'examen en séance publique, le Gouvernement a néanmoins estimé qu'il n'était pas encore possible, techniquement parlant, de généraliser le tiers payant pour ces séances, les psychologues n'étant pas équipés des terminaux nécessaires à la lecture de la carte Vitale. Il a toutefois exprimé un accord de principe pour une généralisation, à terme, du tiers payant.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté cet article modifié par un amendement rédactionnel n° 647 de la commission.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* *

Article 20 quinquies
Interdire la prise en charge de protections périodiques contenant des substances contaminantes ou toxiques

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 20 *quinquies* est issu de l'adoption d'un amendement n° 1480 de M. Hadrien Clouet et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, lequel a reçu un avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

L'article complète l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale afin d'interdire la prise en charge par l'assurance maladie de protections périodiques réutilisables contenant des substances jugées préoccupantes pour l'environnement et pour la santé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 (1) a en effet permis la prise en charge par l'assurance maladie de certaines protections périodiques réutilisables inscrites sur une liste par arrêté ministériel au terme d'une procédure de référencement prenant en compte, en particulier, des critères permettant d'assurer la non-toxicité de ces protections (articles L. 162-59 à L. 165-61 du code de la sécurité sociale). Cette prise en charge serait ouverte, selon les termes de l'article L. 160-8 résultant de ladite loi de financement, aux femmes âgées de moins de 26 ans ou bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S).

Le présent article vise ainsi à empêcher l'inscription sur la liste susmentionnée, ouvrant droit au remboursement par l'assurance maladie, de protections périodiques contenant des substances « *contaminantes et cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques ou perturbateurs avérés ou suspectés* ».

● Il s'agit, par cette précision, d'aller au-delà des critères qui seront établis par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), en application de l'article L. 162-59, pour évaluer la non-toxicité de ces protections pour la santé et l'environnement. En effet, à l'heure actuelle, les évaluations de toxicité de l'Anses se fondent sur des seuils au-delà desquels la présence d'une substance est jugée toxique pour l'environnement ou pour la santé, au regard des études scientifiques disponibles. Le présent article viserait donc à interdire l'inscription sur la liste – et donc, la prise en charge – des protections dès lors que la substance est présente, sans notion de seuil.

● Au demeurant, les textes réglementaires devant permettre l'application des dispositions susmentionnées n'ont toujours pas été publiés à ce jour, bien que la ministre Stéphanie Rist se soit engagée, lors de l'examen du présent projet de loi en séance publique, à y procéder sans délai.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté les amendements de suppression n° 648 de la commission et n° 86 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste), estimant que le dispositif porté par le présent article était satisfait par l'état actuel du droit.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général souligne que la rédaction actuelle de l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale prévoit déjà un référencement des produits remboursables en fonction de leur composition chimique. Ce

(1) Article 40 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

référencement est effectué par les ministres « *selon des critères* [...] *qui tiennent compte de spécifications techniques et respectent des normes relatives à la composition, à la qualité et aux modalités de distribution visant à assurer la non-toxicité des produits pour la santé et l'environnement* ». Il estime donc que l'article 20 *quinquies* est satisfait en droit et ne souhaite pas revenir sur sa suppression par le Sénat.

*
* *

Article 20 sexies
Prolonger de deux ans l'expérimentation des haltes soins addictions

Origine de l'article : amendements adoptés en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 20 *sexies* est issu de l'adoption, en séance publique, avec un avis défavorable du rapporteur général et favorable du Gouvernement, de deux amendements identiques n° 2632 de M. Stéphane Viry et plusieurs de ses collègues des groupes Liberté, Indépendants, Outre-mer et Territoires, Socialistes et apparentés et Écologiste et Social et n° 2634 de M. Paul Christophle et plusieurs de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés.

● Cet article modifie l'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, lequel autorisait l'ouverture, à titre expérimental, de salles de consommation à moindre risque. Ces structures, désormais nommées haltes « soins addictions » (HSA), sont des espaces de réduction des risques par usage supervisé dans lesquels les usagers de substances psychoactives ou de stupéfiants sont autorisés à consommer les produits qu'ils détiennent pour leur consommation personnelle.

Initialement, l'ouverture des salles de consommation à moindre risque a été prévue pour une durée de six ans à compter de l'ouverture de la première salle. Toutefois, l'article 83 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 [(1)] a décalé son terme au 31 décembre 2025. Il a également prévu que le Gouvernement adresserait au Parlement un rapport d'évaluation six mois avant le terme de l'expérimentation, étudiant notamment son impact en termes de santé publique et de réduction des nuisances dans l'espace public.

(1) Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

● Le rapporteur général note que le rapport précité n'a pas été fourni au Parlement dans les délais prescrits par la loi. Lors de l'examen du texte en première lecture, la ministre s'est engagée à le transmettre dans de brefs délais.

À l'heure actuelle, seules deux salles de consommation à moindre risque ont été ouvertes, à Paris et à Strasbourg. De fait, l'implantation de ces salles suscite des difficultés, notamment vis-à-vis des riverains, qui, particulièrement à Paris, dénoncent l'afflux de toxicomanes et de dealers dans les environs et les problèmes de tranquillité et de salubrité publiques qui en résultent. Si certains rapports, tels que celui de l'Inspection générale de l'administration (IGA) et de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) [(1)], paru en octobre 2024, mettent en avant l'utilité des HSA pour permettre aux toxicomanes de consommer de manière plus sécurisée, il importe de mieux évaluer l'expérimentation au regard de l'ensemble des objectifs qui lui étaient assignés. En outre, il convient de souligner que ces structures n'ont pas pour objectif le sevrage, la sortie de l'addiction et la réinsertion de ces personnes, ce que l'on ne peut que regretter.

Les auteurs des amendements à l'origine du présent article ont cependant souligné qu'une fin de l'expérimentation au 31 décembre prochain entraînerait des ruptures préjudiciables pour les personnes qui fréquentent actuellement ces salles, dans la mesure où les deux HSA de Paris et de Strasbourg seraient dans l'obligation d'interrompre leurs activités.

● L'article 20 *sexies* prolonge ainsi cette expérimentation pour une durée de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2027. Il prévoit également la production d'un rapport d'évaluation portant sur l'amélioration des parcours de prises en charge des usagers et de la tranquillité publique.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement et défavorable de la commission, l'amendement n° 956 rect. présenté par Mme Agnès Evren et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, visant à prévoir, parmi les critères d'évaluation de l'expérimentation, « *une analyse qualitative des retours des forces de l'ordre* » ainsi que « *des indicateurs liés aux nuisances perçues par les riverains* ».

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter le présent article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* *

(1) « Les haltes soins addictions : Un dispositif expérimenté depuis 2016 pour réduire les risques et nuisances associés à la consommation de stupéfiants dans l'espace public », IGA/Igas, octobre 2024.

Article 20 septies

Étendre à une région ultramarine la prise en charge expérimentale par l'assurance maladie du test de détection de soumission chimique

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 20 *septies* est issu d'un amendement n° 1018 de Mme Sandrine Josso et plusieurs de ses collègues des groupes Les Démocrates, Libertés, Indépendants, Outre-Mer et Territoires, Ensemble pour la République et Droite Républicaine, repris par le rapporteur général et adopté avec l'avis favorable du Gouvernement.

Il étend à une région supplémentaire – soit au total quatre régions – l'expérimentation de la prise en charge par l'assurance maladie des tests et analyses permettant de détecter une soumission chimique, y compris sans dépôt de plainte, votée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 [(1)].

● La soumission chimique est définie comme « *l'administration à des fins criminelles (viols, actes de pédophilie) ou délictuelles (violences volontaires, vols) de substances psychoactives à l'insu de la victime ou sous la menace* » [(2)].

En l'absence de dépôt de plainte, aucune prise en charge n'est possible pour ces tests relevant de la médecine légale et non-inscrits comme remboursables à la nomenclature des actes de biologie médicale. Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, le coût des analyses et tests nécessaires peut avoisiner 1 000 euros pour les victimes, constituant une barrière financière dissuasive.

Selon l'association spécialisée M'endors pas, le phénomène serait encore « largement sous-estimé » dès lors qu'aucune « enquête n'est en mesure de comptabiliser de façon exhaustive le nombre de victimes de soumission chimique par an en France du fait de la complexité de la problématique (faible judiciarisation des affaires, difficultés de la révélation de la preuve qui nécessiterait a minima une systématisation des analyses toxicologiques) ».

● Le présent article intègre une région ultramarine à l'expérimentation votée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, afin de compléter le dispositif actuellement cantonné à l'Île-de-France, aux Hauts-de-France et aux Pays de la Loire. Il permettrait d'inclure des zones aux caractéristiques sanitaires et

(1) Article 68 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(2) Enquête de vigilance du centre d'addictovigilance de Paris, supervisé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, 2022.

organisationnelles différentes, et ainsi de disposer d'un panel d'évaluation plus représentatif avant toute décision quant à une éventuelle pérennisation du dispositif.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté cet article modifié par l'amendement n° 649 de la commission, précisant que la région supplémentaire intégrée à l'expérimentation serait une collectivité régie par l'article 73 de la Constitution [(1)], conformément à l'intention exprimée par les auteurs de l'amendement à l'origine du présent article.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* *

Article 20 octies
Demande de rapport sur le dispositif Mon soutien psy

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 20 *octies* est issu de l'amendement n° 187 de M. Sébastien Peytavie et des membres du groupe Écologiste et Social, ayant reçu un avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Il vise à demander au Gouvernement un rapport d'évaluation du dispositif Mon soutien psy afin de déterminer son impact en termes d'amélioration de la santé mentale.

● Ce dispositif, introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 [(2)], permet à tous les patients mineurs et majeurs atteints de troubles psychiques légers à modérés de bénéficier de douze séances annuelles [(3)] avec un psychologue conventionné, prises en charge à 60 % par l'assurance maladie [(4)] et facturées au tarif de 50 euros.

---

(1) Soit la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte ou La Réunion.

(2) Article 78 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(3) Article R. 162-65 du code de la sécurité sociale.

(4) Article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

● Au-delà de l'évaluation stricte de ce dispositif, la demande de rapport portée par le présent article vise à interroger les restrictions d'accès aux soins psychiques que Mon soutien psy pourrait provoquer. En effet, les auteurs de l'amendement à l'origine du présent article estiment que le coût du dispositif Mon soutien psy, dont le périmètre serait par ailleurs trop restreint pour répondre aux besoins de la population, engendre un manque à gagner pour les centres médico-psychologiques et médico-psycho-pédagogiques, lesquels seraient structurellement sous-financés.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté les amendements de suppression n° 650 de la commission et n° 89 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste). La Haute Assemblée a estimé que cette demande de rapport n'apparaissait pas utile, le dispositif ayant par ailleurs connu plusieurs améliorations, avec l'augmentation du nombre de séances de huit à douze [(1)] et les revalorisations tarifaires [(2)].

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 20 *octies*.

*
* *

Article 20 nonies
Demande de rapport sur la prise en charge des protections périodiques réutilisables

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 20 *nonies* est issu de l'adoption de l'amendement n° 1485 de Mme Élise Leboucher et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, avec un avis défavorable du rapporteur général.

(1) Décret n° 2025-424 du 13 mai 2025 relatif à la prise en charge des séances d'accompagnement réalisées par un psychologue.

(2) Arrêté du 24 juin 2024 modifiant l'arrêté du 8 mars 2022 relatif aux tarifs, codes de facturation et critères d'inclusion du dispositif de prise en charge de séances d'accompagnement psychologique.

Il vise à obtenir du Gouvernement un rapport d'évaluation sur le dispositif de prise en charge par l'assurance maladie des protections périodiques réutilisables voté en 2023.

● L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 [(1)] a en effet inscrit aux articles **L. 162-59 à L. 162-61 du code de la sécurité sociale** un dispositif de prise en charge par l'assurance maladie de certains produits de protection périodique réutilisables, dès lors qu'ils sont inscrits sur une liste arrêtée par les ministres de la santé et de la sécurité sociale. Cette inscription fait suite à une demande de l'exploitant ; elle est subordonnée à des conditions tarifaires, ainsi qu'à une procédure de référencement, laquelle garantit notamment que ces protections périodiques respectent des critères permettant d'assurer leur non-toxicité.

En vertu des modifications apportées par l'article 40 précité à l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale, la prise en charge par l'assurance maladie de ces protections périodiques est ouverte aux assurées âgées de moins de 26 ans et aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S).

● Cependant, l'entrée en application de ces dispositions dépend d'un décret en Conseil d'État qui n'a pas encore été adopté à ce jour. M. Yannick Neuder, alors ministre de la santé, avait pris l'engagement, au printemps dernier, de mettre en œuvre ces dispositions d'ici la fin de l'année 2025. Lors de l'examen du présent projet de loi en séance publique, la ministre Stéphanie Rist a rappelé son attachement à la publication rapide des décrets d'application, précisant que les concertations se poursuivaient pour définir les produits inclus dans le dispositif et que la rédaction du cahier des charges était en cours, en lien avec les associations. Elle a insisté sur le fait que le travail en cours avec l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) visait à garantir la qualité des produits concernés.

● Les auteurs de l'amendement ayant donné naissance au présent article considèrent néanmoins qu'il est important d'évaluer sans attendre les raisons des difficultés de mise en œuvre de ce dispositif, d'en analyser l'efficacité potentielle et d'en mesurer l'impact financier, en envisageant son extension aux assurées de plus de 26 ans. Ils rappellent que selon l'association Règles élémentaires, au moins 4 millions de personnes sont touchées par la précarité menstruelle en France; qu'une femme sur trois âgée de 18 à 50 ans serait concernée, et que parmi elles, 75 % auraient plus de 25 ans ; enfin que les dépenses liées aux protections menstruelles et aux antidouleurs représenteraient en moyenne 3 800 euros au cours d'une vie.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, les amendements de suppression de l'article 20 *nonies* n° 651 de la commission, n° 91 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste) et n° 1776 rect. de M. François

(1) Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Bonneau et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste. Tout en déplorant l'absence de parution des textes réglementaires susmentionnés, les sénateurs ont estimé que le présent article, étant dénué de portée normative, revêtait un caractère essentiellement symbolique.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de cet article.

*

* *

Article 20 decies
Demande de rapport sur les parcours de santé post-cancer

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 20 *decies* est issu de l'adoption de l'amendement n° 252 de Mme Marine Hamelet et plusieurs de ses collègues des groupes Rassemblement National et Union des droites pour la République, avec l'avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Il prévoit que, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remettra au Parlement un rapport évaluant la mise en œuvre du 2° du I de l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 [(1)].

Ledit article 59 a prévu la mise en place de parcours de soins post-cancer, destinés à accompagner les patients après la fin de leur traitement. En application de l'article L. 1415-8 du code de la santé publique, depuis 2020, les agences régionales de santé (ARS) sont en effet chargées de mettre en place et de financer un « parcours de soins global », soumis à prescription médicale, visant à accompagner les personnes recevant ou ayant reçu un traitement pour un cancer. Ce parcours comprend notamment un bilan d'activité physique, ainsi que des bilans et consultations de suivi nutritionnel et psychologique. Son contenu est cependant individualisé selon les besoins identifiés par le médecin prescripteur. La mise en place de ces parcours vise à garantir le suivi des patients, dont la qualité de vie peut être durablement affectée par le traitement du cancer, certaines séquelles – telles que des douleurs chroniques ou une réduction de la mobilité – pouvant devenir handicapantes.

(1) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

● Au-delà de l'article 59 de la loi de financement susmentionnée, l'auteure de l'amendement ayant donné naissance au présent article a estimé, lors de l'examen en séance publique, qu'il serait nécessaire d'envisager l'ouverture du dépistage du cancer du sein dès l'âge de 40 ans, alors que la prise en charge actuelle ne concerne que les femmes à partir de 50 ans. Elle a par ailleurs regretté que les décrets d'application de la loi visant à améliorer la prise en charge de la reconstruction mammaire [(1)] n'aient pas encore été publiés.

L'auteure a également rappelé que selon une étude du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) publiée en mars 2024 [(2)], la France détiendrait le taux d'incidence le plus élevé au monde pour le cancer du sein [(3)], avec 105,4 cas pour 100 000 femmes et plus de 60 000 femmes diagnostiquées.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, l'amendement de suppression n° 652 de la commission. Conformément à l'avis de la rapporteure, les sénateurs ont estimé que la demande de rapport portée par le présent article était redondante avec les dispositions de l'article 59 de la loi de financement susmentionnée.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de cet article.

*

* *

(1) Loi n° 2025-106 du 5 février 2025 visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie.

(2) Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74(3), 229-263. https://doi.org/10.3322/caac.21834*

(3) « Breast cancer accounts for close to one in four cancer cases and one in six cancer deaths in women worldwide, with the highest incidence rates seen in France » peut être traduit par « Le cancer du sein représente près d'un cas de cancer sur quatre et un décès par cancer sur six chez les femmes dans le monde, les taux d'incidence les plus élevés étant observés en France ».

Article 20 undecies
Demande de rapport sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 20 *undecies* est issu de l'amendement n° 1676 de Mme Ségolène Amiot et ses collègues du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, adopté en dépit d'avis défavorables du rapporteur général et du Gouvernement.

Il demande au Gouvernement la remise au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, d'un rapport sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) tel qu'établi par l'article 97 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (1).

● Les auteurs de cette demande de rapport souhaitent en réalité ouvrir un débat sur les financements dédiés aux centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme (Cecos). Au nombre de trente-trois sur l'ensemble du territoire, ces centres sont pluridisciplinaires et spécialisés dans le don et la préservation des gamètes dans le processus d'assistance médicale à la procréation. Depuis 1991, ils sont intégrés aux hôpitaux publics et relèvent donc du sous-Ondam hospitalier (2).

Les auteurs soulignent que, depuis l'entrée en vigueur de la loi relative à la bioéthique qui a ouvert l'assistance médicale à la procréation aux couples de femmes et aux femmes non mariées (3), les demandes de dons de spermatozoïdes ont été multipliées par 8,5 (4). Parallèlement, les demandes d'autoconservation des gamètes connaissent une augmentation soutenue (5). Cette dynamique se traduit par un allongement des délais de prise en charge des assistances médicales à la procréation : en moyenne 17,7 mois pour une procédure avec don de spermatozoïdes et près de deux ans avec don d'ovocytes (6). Ces délais demeurent par ailleurs très hétérogènes selon les territoires, générant d'importantes inégalités d'accès.

---

(1) Article 97 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(2) Article 12 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales.

(3) Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique.

(4) « Fin des gamètes anonymes : les personnes nées par procréation médicalement assistée auront désormais toutes accès à leurs origines. Le nombre de dons de spermatozoïdes en nette augmentation, mais toujours insuffisant », Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, 1er avril 2025.

(5) Ibid.

(6) Ibid.

● La présente demande de rapport a donc pour fonction d'alerter sur ces délais qui amoindrissent le droit d'accès à l'assistance médicale à la procréation. Les auteurs plaident pour un fléchage des financements dédiés aux centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté les amendements de suppression n° 653 de la commission et n° 93 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste), estimant le champ du rapport, portant sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, largement déconnecté de la question du financement des centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression du présent article.

*
* *

Article 20 duodecies
Demande de rapport sur le bilan de santé des mineurs entrant dans un dispositif de protection de l'enfance

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 20 *duodecies* résulte de l'adoption de l'amendement n° 2059 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé et plusieurs de ses collègues des groupes Horizons & Indépendants, Ensemble pour la République, Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires et Ensemble pour la République. Il a été adopté malgré un avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Il vise à demander au Gouvernement un rapport sur l'application de l'article 49 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, lequel a introduit l'obligation de réaliser un bilan santé pour tous les mineurs entrant dans un dispositif de protection de l'enfance.

L'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de ladite loi de financement, prévoit ainsi la réalisation obligatoire

d'un bilan de santé, pris en charge par l'assurance maladie, pour tout mineur entrant dans un dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan vise à identifier précisément les besoins des mineurs accueillis, en complément de l'évaluation médicale et psychologique systématisée depuis 2016 [(1)].

● Toutefois, la mise en œuvre de cette dernière obligation demeure lacunaire : en 2019, seuls 28 % des conseils départementaux déclaraient avoir effectivement réalisé l'évaluation médicale et psychologique de manière systématique, d'après les données figurant dans un récent rapport d'enquête de l'Assemblée nationale [(2)]. Le présent article vise ainsi à identifier les blocages qui empêchent la mise en œuvre effective de ces bilans de santé.

Le rapport d'enquête susmentionné avait néanmoins déjà mis en lumière plusieurs causes : tensions plus générales sur l'offre de soins, manque de formation des professionnels de santé aux traumatismes complexes ainsi qu'à leurs conséquences, absence de structures adaptées pour assurer un suivi somatique et psychique suffisamment long pour permettre à ces enfants d'aller mieux, etc.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté les amendements de suppression n° 654 de la commission et n° 94 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste), au motif que la demande portée par le présent article était satisfaite.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de cet article.

*

* *

(1) Loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

(2) Rapport n° 1200 de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur les manquements des politiques publiques de protection de l'enfance, déposé le 1er avril 2025.

Article 21
Renforcer l'accès aux soins

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée : modifié.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Dans sa rédaction issue du projet de loi initial, 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 (article L 6323-6 du code de la santé publique) ;

– il crée un nouveau statut de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) visant à sécuriser et à rendre plus attractif l'exercice dans certaines zones sous-denses jugées particulièrement prioritaires (article L. 1345-4-3) ;

– 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 (article L. 5125-4) ;

– enfin, il précise les modalités de rémunération des étudiants en quatrième année d'internat de médecine générale (article L. 162-5-11 du code de la sécurité sociale).

● En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels du rapporteur général, ainsi que plusieurs amendements apportant des modifications de fond :

– l'amendement n° 2668 du Gouvernement, adopté avec l'avis favorable du rapporteur général, simplifie le circuit de rémunération des internes de quatrième année de médecine générale, en revenant au principe d'une rémunération exclusive par leur centre hospitalier universitaire de rattachement ;

– l'amendement n° 622 de Mme Sandrine Runel et des membres du groupe Socialistes et apparentés, adopté malgré les avis défavorables du rapporteur général et du Gouvernement, plafonne à 10 % des honoraires perçus le complément de rémunération pouvant bénéficier aux médecins dans le cadre du contrat de PTMA ;

– l'amendement n° 623 de M. Elie Califer et des membres du groupe Socialistes et apparentés, adopté avec un avis de sagesse du rapporteur général et défavorable du Gouvernement, prévoit des modalités spécifiques pour la détermination des zones très prioritaires pour l'accès aux soins outre-mer ;

– l'amendement n° 2516 du rapporteur général, adopté avec un avis de sagesse du Gouvernement, renvoie au décret la définition des modalités de cumul du contrat de PTMA avec d'autres dispositifs d'aide à l'installation ;

– l'amendement n° 1856 de M. Cyrille Isaac-Sibille (groupe Les Démocrates), adopté avec un avis de sagesse du rapporteur général et défavorable du Gouvernement, réécrit partiellement les dispositions relatives aux centres de soins non programmés, rebaptisés « points d'accueil pour soins immédiats » ;

– l'amendement n° 1407 de M. Jean-François Rousset et plusieurs de ses collègues des groupes Ensemble pour la République, Les Démocrates et Horizons & Indépendants, adopté avec l'avis défavorable du rapporteur général et favorable du Gouvernement, impose la présence d'au moins un médecin généraliste dans la structure de soins non programmés ;

– enfin, l'amendement n° 1410 de M. Jean-François Rousset et plusieurs de ses collègues des groupes Ensemble pour la République, Les Démocrates et Horizons & Indépendants, adopté malgré les avis défavorables du rapporteur général et du Gouvernement, prévoit le rattachement des centres de soins non programmés aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté le présent article assorti d'une modification rédactionnelle et de plusieurs modifications de fond :

– l'amendement n° 655 rect. de la commission, adopté avec l'avis favorable du Gouvernement, ajoute une disposition visant à autoriser, dans le cadre de la convention médicale, la modulation des rémunérations versées aux médecins exerçant dans les zones sous-denses en tenant compte de la part de l'activité qu'ils y réalisent. Cette disposition reprend une mesure adoptée par le Sénat en mai 2025, dans le cadre de l'examen de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires [(1)] ;

– l'amendement n° 1581 rect. *bis* de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, adopté avec l'avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, supprime l'alinéa précisant les modalités de rémunération des docteurs juniors en médecine générale. L'intention des auteurs est de renvoyer ces modalités au niveau réglementaire, afin de ne pas les rigidifier, en réponse à la demande des syndicats d'internes ;

---

(1) https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b1424_proposition-loi#

– l'amendement n° 1860 du Gouvernement, adopté avec l'avis favorable de la commission, vise à permettre à l'ensemble des médecins, notamment retraités ou remplaçants, de participer à la permanence des soins, en étant rémunérés sur la base des tarifs prévus dans la convention médicale ;

– l'amendement n° 1853 de la commission, sous-amendé par Mme Martine Berthet et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, vise à étendre l'expérimentation des antennes de pharmacie à l'ensemble du territoire national et à permettre sa mise en œuvre au sein d'une commune déléguée, afin de répondre plus spécifiquement à la problématique des communes de montagne ;

– l'amendement n° 567 de M. Khalifé Khalifé (groupe Les Républicains), adopté malgré les avis défavorables de la commission et du Gouvernement, supprime les alinéas de l'article 21 relatifs à la régulation des structures de soins non programmés, rejetant le principe même de structures spécialement dédiées aux soins non programmés ;

– les amendements identiques n° 656 rect. de la commission et n° 757 rect. *bis* de Mme Brigitte Bourguignon et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, adoptés malgré l'avis défavorable du Gouvernement, substitue à la possibilité d'ouvrir des officines par voie de création dans des communes de moins de 2 500 habitants celle d'ouvrir une antenne d'officine, à compter du 1er juillet 2027 ;

– l'amendement n° 658 de la commission, adopté malgré l'avis défavorable du Gouvernement, prolonge de six mois (de juin 2026 à janvier 2027) le délai accordé pour la négociation d'un avenant à la convention médicale sur les conditions de rémunération des soins non programmés.

● Par ailleurs, il convient de noter que le Sénat a demandé une deuxième délibération sur l'article 21, laquelle a abouti à l'adoption, avec un avis de sagesse du Gouvernement, de l'amendement A-1 de la commission, qui réintroduit les dispositions relatives aux centres de soins non programmés dans une rédaction différente. Cette rédaction s'inspire de celle ayant fait l'objet d'un accord en commission mixte paritaire dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, avant d'être censurée par le Conseil constitutionnel comme « cavalier social » [(1)]. Les dispositions relatives au financement de ces structures figurant dans le projet de loi initial sont reprises, ce qui devrait permettre d'éviter une nouvelle censure.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat avec une modification de fond, visant à rétablir les dispositions relatives à l'ouverture d'officines par voie de création dans les communes de moins de

(1) Voir décision n° 2025-875 DC du 28 février 2025.

2 500 habitants. Il partage les doutes du Sénat sur la viabilité économique des officines dans ces communes où la dernière n'a pas survécu. Toutefois, le contexte local peut évoluer ; il convient de ne pas bloquer, par une disposition législative, la réouverture d'une officine s'il s'avère qu'elle est possible et souhaitable quelque part en France.

*
* *

Article 21 bis *A (nouveau)*
Extension à Mayotte de la possibilité pour les infirmiers de rédiger des certificats de décès

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le présent article résulte de l'adoption d'amendements identiques n° 1825 de la commission et n° 1806 du Gouvernement discutés en séance publique au Sénat.

Il vise à donner un cadre légal à la prise en charge par l'assurance maladie des certificats de décès réalisés par les médecins et les infirmiers à Mayotte, en transposant les dispositions du code de la sécurité sociale au sein de l'ordonnance du 20 décembre 1996 [(1)], qui régit la sécurité sociale mahoraise.

● Le certificat médical de décès est en effet obligatoire pour toute déclaration à l'état civil et constitue un instrument essentiel de santé publique : il atteste la réalité du décès, permet d'en déterminer les causes, oriente les mesures médico-légales en cas de mort suspecte et contribue aux statistiques épidémiologiques nationales. Dans les départements de droit commun ainsi que dans les départements et régions d'outre-mer autres que Mayotte, le cadre juridique de la rédaction de ces documents est défini par le code général des collectivités territoriales et le code de la sécurité sociale.

L'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales dispose ainsi que le certificat de décès peut être établi par un médecin, en activité ou retraité, par un étudiant interne en médecine, par un praticien à diplôme étranger hors Union européenne (Padhue) ou par un infirmier d'État volontaire.

Cet élargissement progressif du champ des professionnels habilités à rédiger ces certificats répond au constat de difficultés récurrentes et préjudiciables pour

(1) 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.

parvenir à faire établir ces documents dans des délais brefs, engendrant des situations souvent difficiles à vivre pour l'entourage de la personne décédée. L'article 12 de la loi dite « OTSS » du 24 juillet 2019 [(1)] a ainsi élargi cette possibilité aux médecins retraités, étudiants et Padhue, tandis que l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 [(2)] a englobé les infirmiers, pérennisant ainsi une disposition qui avait été votée à titre expérimental [(3)].

Par ailleurs, s'agissant des médecins, les modalités de prise en charge des actes visant à établir les certificats de décès sont précisées à l'article L. 162-5-14-2 du code de la sécurité sociale. Cet article dispose que les frais relatifs à l'établissement de ces certificats à domicile sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base d'un forfait fixé par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale. S'agissant des infirmiers, l'article L. 162-12-5 dispose que ces frais sont pris en charge par l'assurance maladie ou par la branche autonomie dans des conditions fixées par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale.

● En l'état actuel du droit, les dispositions susmentionnées ne sont pas applicables à Mayotte. En effet, contrairement aux autres départements et régions d'outre-mer, le code de la sécurité sociale n'y est pas directement applicable, et ses dispositions doivent y être expressément transposées.

Le Gouvernement souligne cependant que la certification des décès à domicile constitue un enjeu majeur à Mayotte, tant pour l'accompagnement des familles que pour la santé publique.

● L'amendement vise donc à compléter l'article 20-4 de l'ordonnance du 20 décembre 1996 susmentionnée, laquelle renvoie à diverses dispositions du code de la sécurité sociale afin de les rendre applicables à Mayotte. Les références aux articles L. 162-5-14-2 et L. 162-12-5 décrits ci-dessus sont ajoutées à cette liste. Cette modification permet d'étendre à Mayotte les modalités de prise en charge des frais liés à l'établissement des certificats de décès pour les médecins et les infirmiers.

● Ainsi que l'a souligné le Gouvernement dans son exposé sommaire, le présent article s'inscrit ainsi dans la dynamique d'harmonisation progressive du droit applicable à Mayotte avec celui du régime général de sécurité sociale. Il permet en outre de renforcer la sécurité juridique de l'ordonnancement mahorais en clarifiant les règles applicables localement et en évitant les incertitudes liées à l'interprétation de renvois lacunaires.

---

(1) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

(2) Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(3) Article 3 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter le présent article dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* *

Article 21 bis *B (nouveau)*
Modalités de recouvrement des indus versés aux professionnels de santé libéraux par les centres médico-psychologiques

Origine de l'article : introduit par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le présent article résulte de l'adoption de l'amendement n° 1806 du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission. Il vise à faire en sorte que lorsque des professionnels de santé libéraux interviennent au sein des centres médico-psychologiques (CMP), induisant un phénomène de double facturation pour l'assurance maladie, les indus soient récupérés auprès de la structure, et non des professionnels libéraux.

● Cet article vise prioritairement à répondre à la situation des orthophonistes libéraux appelés à intervenir auprès de patients pris en charge dans des centres médico-psychologiques (CMP). En effet, en raison de la pénurie d'orthophonistes salariés, les orthophonistes libéraux sont fréquemment appelés à assurer le suivi des patients pris en charge dans le cadre de ces centres, et pour lesquels les soins orthophoniques revêtent une dimension prioritaire. Ces interventions génèrent un phénomène de double facturation pour l'assurance maladie, la rémunération des orthophonistes étant payée à la fois à travers la dotation versée à la structure, et *via* les honoraires perçus par les orthophonistes libéraux.

Or, l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale prévoit actuellement qu'« en cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation » des actes et prestations, l'assurance maladie « *recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel, du distributeur ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles* ». Or, les actes et prestations effectués par des établissements ayant une activité de psychiatrie ne sont actuellement pas inclus dans le champ de cet article. En conséquence, les caisses d'assurance maladie ne peuvent pas récupérer les indus auprès des centres médico-psychologiques, lesquels auraient pourtant dû assumer la charge de l'intervention de l'orthophoniste. Ces indus sont ainsi fréquemment demandés aux orthophonistes libéraux intervenus dans ces centres. Si un mécanisme de conventionnement entre l'orthophoniste libéral et le CMP peut permettre d'éviter cette difficulté, il génère de la complexité

et une situation d'insécurité administrative pour les professionnels de ville dont l'intervention est sollicitée.

● Le même type de problématique avait déjà été soulevé l'an dernier, s'agissant des établissements sociaux et médico-sociaux, fréquemment amenés à solliciter l'intervention de professionnels libéraux en leur sein, notamment de masseurs-kinésithérapeutes. L'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 [(1)] avait ainsi généralisé la procédure de récupération des indus liée à l'intervention de professionnels de santé libéraux – déjà mise en place pour les Ehpad – à l'ensemble des ESMS, dès lors que leur dotation de fonctionnement inclut déjà les soins assurés par ces professionnels. Cette disposition, en modifiant le code de l'action sociale et des familles (article L. 133-4-4), n'avait cependant pas concerné les CMP, régis par le code de la santé publique.

● Le présent article vise ainsi à modifier l'article L. 133-4 susmentionné pour inclure, parmi les actes et prestations pour lesquels les indus liés à une inobservation des règles de facturation peuvent être récupérés directement auprès de l'établissement concerné, les activités relevant du champ de la psychiatrie, auxquelles l'article L. 162-22-19 fait référence.

Dans son exposé sommaire, le Gouvernement souligne que cette évolution législative sera complétée par une « *mesure réglementaire visant à créer un régime dérogatoire permettant, sous conditions, la facturation en ville d'actes d'auxiliaires médicaux prescrits par les CMP lorsque ceux-ci ne peuvent les assurer* ».

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter le présent article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* *

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

Article 21 bis

Création du réseau France santé et prise en charge de certaines situations cliniques par les pharmaciens

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

L'article 21 *bis* résulte de l'adoption de l'amendement n° 2568 du Gouvernement, modifié par les sous-amendements n° 2677, n° 2678 et n° 2679 de M. Jean-Claude Raux et des membres du groupe Écologiste et Social.

Il a pour principal objectif de mettre en place le réseau « France santé » annoncé par le Premier ministre pour améliorer l'offre de soins dans les territoires. Il prévoit en réalité trois principales mesures.

● Il donne une existence juridique au réseau « France santé », créant à cette fin un nouveau titre au sein du code de la santé publique, intitulé « Réseau France santé », et comprenant deux articles :

– l'article L. 6330-1 décrit les modalités d'obtention du label « France santé », destiné aux structures de soins de premier recours fournissant une offre de services socle et ayant conclu avec les agences régionales de santé et les caisses locales d'assurance maladie une convention déterminant leurs engagements, et leur permettant de bénéficier de financements spécifiques ;

– l'article L. 6330-2 renvoie aux négociations conventionnelles avec les centres et les maisons de santé pour déterminer l'offre de services socle, la nature des engagements et les financements susmentionnés. Par ailleurs, il impose un délai maximal de deux mois pour la conclusion d'un avenant aux accords conventionnels susmentionnés, faute de quoi ces éléments seront déterminés par voie d'arrêté ministériel. De la même manière, il impose un délai de deux mois pour conclure un avenant à l'accord conventionnel pour préciser les modalités de soutien au réseau des communautés France santé (*cf. infra*).

● Cet article transforme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en « communautés France santé », en leur attribuant une mission de soutien aux structures du réseau France santé. L'impact concret de ce changement de dénomination n'apparaît cependant pas clairement, au-delà du renvoi à un accord conventionnel pour déterminer les modalités de soutien de ces communautés au réseau France santé (*cf. supra*).

● Enfin, le présent article consacre le rôle du pharmacien en matière d'évaluation et de prise en charge des situations cliniques, ainsi que d'orientation

des patients dans le parcours de soins (article L. 5125-1-1 A). Ce faisant, il pérennise l'expérimentation « Osys », qui avait été lancée sur le fondement des dispositions de l'« article 51 », afin de permettre l'implication des pharmaciens dans la prise en charge des soins non programmés de premier recours, dans des territoires où l'accès à un médecin généraliste est difficile.

● Les trois sous-amendements adoptés visent respectivement :

– à prévoir l'adhésion obligatoire des centres de santé et maisons de santé aux communautés France santé (actuelles CPTS), sur l'avis défavorable du Gouvernement ;

– à renvoyer à un accord conventionnel distinct pour les maisons de santé pluriprofessionnelles, sur l'avis favorable du Gouvernement ;

– à soumettre la conclusion d'un accord conventionnel portant sur les maisons de santé à la signature des organisations représentatives de ces structures, sur l'avis défavorable du Gouvernement.

Le rapporteur général a, quant à lui, émis un avis de sagesse sur l'ensemble des sous-amendements, ainsi que sur l'amendement du Gouvernement.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté les amendements de suppression n° 659 de la commission et n° 797 rect. *quater* de Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.

Les sénateurs ont estimé qu'un processus de labellisation de l'existant ne permettrait pas d'améliorer l'offre de soins dans les territoires. Ils ont par ailleurs jugé que l'absence de définition de l'offre de services socle attendue créait une incertitude et risquait d'engendrer une concurrence entre les acteurs de soins éligibles au label. Ils ont souligné que la suppression de cet article n'empêchait pas le Gouvernement de maintenir son engagement financier en faveur de l'amélioration de l'offre de soins dans les territoires, en soutenant les structures existantes.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de rétablir l'article 21 *bis* dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale, sous réserve de plusieurs modifications visant :

– à conserver l'appellation des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), lesquelles ont déjà eu du mal à trouver leur place dans les territoires et à être acceptées par les professionnels ;

– à supprimer l'adhésion obligatoire des maisons de santé et centres de santé à ces CPTS ;

– à ne pas imposer de délai au terme duquel les ministres pourraient décider de manière unilatérale pour les négociations conventionnelles visant à conclure des avenants aux accords conventionnels avec les centres de santé et maisons de santé, ainsi qu'à l'accord interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS.

*
* *

Article 21 ter
Création d'une consultation longue pour les femmes sujettes à la ménopause

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 21 *ter* est issu de l'adoption de l'amendement n° 1436 rect. du Gouvernement, avec l'avis favorable du rapporteur général.

Il complète le chapitre I^er^ du titre I^er^ du livre IV de la première partie du code de la santé publique par un nouvel article L. 1411-6-5, lequel prévoit que les femmes âgées entre 45 et 65 ans peuvent bénéficier d'une consultation longue prise en charge par l'assurance maladie, destinée à les informer et à repérer les éventuels facteurs de risques au moment de la ménopause.

Les conditions de prise en charge de cette consultation ont vocation à être prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale, concernant respectivement les médecins et les sages-femmes.

Cette consultation devra par ailleurs être réalisée au tarif opposable : il ne sera donc pas possible de facturer des dépassements d'honoraires.

● L'objectif de cette mesure est de faciliter l'accès des femmes à un traitement adapté pendant la ménopause. En l'état du droit, il n'existe pas de temps dédié pour un bilan complet de début de ménopause, lequel apparaît impossible à conduire dans le cadre d'une simple consultation.

La ménopause touche 17,2 millions de femmes de plus de 45 ans en France et 500 000 y entrent chaque année. Elle entraîne des symptômes parfois invalidants comme des bouffées de chaleur, des troubles du sommeil ou des douleurs articulaires. Elle augmente aussi les risques de maladies cardiovasculaires, d'ostéoporose et de troubles cognitifs. Pourtant, ces risques restent sous-estimés : 20 à 25 % des femmes ont des symptômes sévères, mais seulement 6 % reçoivent

un traitement hormonal. La ménopause demeure donc un enjeu de santé publique insuffisamment reconnu.

Remis au Gouvernement en avril 2025, le rapport de Mme Stéphanie Rist, alors députée, a formulé plusieurs propositions visant à mieux accompagner les femmes sujettes à la ménopause [(1)]. En particulier, il préconise de mettre en place une consultation longue en début de ménopause, afin de dépister les risques, de conseiller les femmes et d'adapter leur prise en charge.

Il convient de noter que des consultations longues ont déjà été mises en place pour permettre aux médecins de mieux prendre en charge des situations complexes et chronophages. En particulier, la convention médicale adoptée en juin 2024 a entériné la création d'une consultation longue annuelle destinée aux personnes âgées de plus de 80 ans, **valorisée à hauteur de 60 euros**.

● Le présent article permettrait donc, sur le même modèle, de garantir des consultations mieux valorisées afin d'aborder globalement l'ensemble des problématiques liées à la ménopause, dans une optique préventive. Ces consultations pourraient être conduites par les professionnels médicaux compétents sur cet enjeu : gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté cet article sans modification.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter l'article 21 ter dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* *

(1) « La ménopause en France : 25 propositions pour enfin trouver le chemin de l'action », rapport au Gouvernement, Stéphanie Rist, avril 2025.

Article 21 quater
Supprimer le contrat de début d'exercice

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 21 *quater* est issu de l'amendement n° 2327 de M. Jean-François Rousset et des membres du groupe Ensemble pour la République, lequel a reçu un avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Il abroge l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, relatif au contrat de début d'exercice (CDE).

● Le CDE a été introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (1). Financé par le fonds d'intervention régional (FIR), il garantit une rémunération minimale aux médecins remplaçants en activité depuis moins d'un an ou aux étudiants effectuant des remplacements s'installant dans une zone sous-dense (2) pour une durée minimale de vingt-neuf journées par trimestre (3). S'y ajoutent un accompagnement à l'installation (4) et une assurance de prévoyance parentalité (5) et maladie (6). Les contractants sont tenus d'être conventionnés en secteur 1 ou d'être adhérents à l'option tarifaire maîtrisée s'ils exercent en secteur 2. Le montant de la garantie de rémunération dépend de la durée trimestrielle d'exercice en zone sous-dense (7).

Le CDE a été instauré en remplacement de plusieurs dispositifs d'aide à l'installation jugés peu efficaces : le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG), le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), le contrat de praticien de médecine de remplacement (PTMR) et le contrat de praticien isolé à activité saisonnière (PIAS). Toutefois, le CDE demeure modestement attractif, comme en témoigne le nombre limité de médecins signataires (350 en 2023).

---

(1) Article 51 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(2) Article R. 1435-9-1 du code de la santé publique.

(3) Article 1er de l'arrêté du 2 février 2021 relatif au contrat type du contrat de début d'exercice.

(4) Article L. 1435-4-2 du code de la santé publique.

(5) Article R. 1435-9-9 du code de la santé publique.

(6) Article R. 1435-9-10 du code de la santé publique.

(7) Arrêté du 2 février 2021 relatif au contrat type du contrat de début d'exercice.

Par ailleurs, les travaux conduits dans le cadre du Printemps social de l'évaluation pour 2025 [1] ont ainsi mis en évidence des engagements financiers limités (7,1 millions d'euros sur la période 2021-2025) ainsi qu'une forte concentration géographique de ces contrats, ne permettant pas de répondre aux situations de sous-densité médicale sur le territoire. MM. Yannick Monnet et Jean-François Rousset, corapporteurs de cette évaluation, avaient ainsi appelé à la suppression du CDE, jugé peu performant.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté le présent article modifié par les amendements identiques n° 660 de la commission et n° 1229 rect. *bis* de Mme Cathy Apourceau-Poly et des membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Ces amendements, adoptés avec un avis de sagesse du Gouvernement, reportent d'un an l'entrée en vigueur de la suppression du CDE. Ce délai vise à laisser une période de réflexion pour la mise en place d'une nouvelle aide plus efficace, la suppression sans contrepartie du CDE n'étant pas apparue souhaitable aux sénateurs.

Par ailleurs, ces amendements suppriment une seconde aide à l'installation aujourd'hui en extinction, dont ils considèrent qu'elle n'a « *jamais fait la preuve de son efficacité ni trouvé son public* ». Il s'agit d'une prise en charge des cotisations sociales des médecins prévue à l'article L. 162-5-19 du code de la sécurité sociale, lequel se trouve ainsi abrogé.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter le présent article dans sa rédaction issue du Sénat sous réserve d'un amendement visant à maintenir le CDE jusqu'à la fin de l'année 2029, de façon à couvrir la période de l'actuelle convention médicale (2024-2029).

En effet, les échanges avec le directeur général de la Cnam ont fait apparaître qu'il n'existait pas d'aide équivalente au CDE, visant spécifiquement les médecins remplaçants, dans le cadre de la convention médicale. Il semble donc opportun de maintenir ce contrat pour les professionnels qui en bénéficient actuellement, jusqu'à la négociation d'une nouvelle convention médicale, laquelle permettra d'envisager de meilleurs moyens de soutenir ce mode d'exercice indispensable en zone sous-dense.

*
* *

(1) https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/contenu/visualisation/928456/file/Evaluation%20art%2051%20installation%20jeunes%20m%C3%A9decins.pdf

Article 21 quinquies
Prise en charge de parcours de guidance parentale

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 21 *quinquies* résulte de l'adoption de l'amendement n° 2096 du Gouvernement, avec l'avis favorable du rapporteur général.

Il vise à mettre en place un programme de guidance parentale financé par l'assurance maladie, afin de limiter l'impact des troubles du neurodéveloppement (TND) à terme pour l'enfant, conformément à la recommandation n° 14 du rapport « Charges et produits » pour l'année 2025 de l'assurance maladie [(1)].

Le présent article complète à cette fin le premier alinéa de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique, relatif au parcours de repérage précoce des TND, pour y intégrer des séances de guidance parentale, en renvoyant les modalités à un décret.

● Pour mémoire, les parcours de repérage précoce des TND ont été mis en place dans le cadre de la stratégie nationale Autisme/TND lancée en 2018, puis renforcés dans la stratégie 2023-2027. Ils s'adressent aux jeunes enfants présentant des écarts de développement dès les premières années de vie, et concernent notamment l'autisme (TSA), les troubles « dys » (troubles des apprentissages), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), ainsi que le trouble du développement intellectuel (TDI).

Ces parcours reposent sur l'orientation de l'enfant vers des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) [(2)] par un médecin dès l'apparition de signaux d'alerte. Les PCO coordonnent alors les bilans pluridisciplinaires et permettent de mettre en place des interventions précoces, même en l'absence de diagnostic formel : orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, accompagnements éducatifs ou encore séances de guidance parentale. L'objectif est de réduire l'errance diagnostique, de prévenir un sur-handicap et de sécuriser le parcours des familles.

● La guidance parentale peut être définie comme un accompagnement structuré visant à soutenir les parents dans la compréhension des besoins de leur

(1) « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2025 », juillet 2024.

(2) La PCO est un dispositif chargé de mettre en œuvre un parcours d'interventions précoces et de diagnostic. Une PCO fédère un réseau d'intervenants et de centres spécialisés pour agir sans attendre. On y trouve ainsi des médecins, psychomotriciens, orthophonistes, etc.

enfant et dans l'adoption de stratégies éducatives adaptées. Elle est proposée par différents professionnels formés aux approches développementales et comportementales : psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs spécialisés ou encore équipes pluridisciplinaires des plateformes TND. Dans le champ des troubles du neurodéveloppement, la guidance parentale occupe déjà une place importante, notamment à travers des programmes validés scientifiquement et diverses expérimentations nationales.

L'expérimentation « TSLA » (troubles spécifiques du langage et des apprentissages), menée en Occitanie, a ainsi montré des résultats encourageants : environ 34 % des enfants engagés dans des parcours complexes ont bénéficié de séances de guidance parentale, ce qui a mis en lumière la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de ces interventions. De manière générale, les premiers retours semblent montrer que la guidance parentale améliore la participation des familles, renforce leurs compétences éducatives et contribue à de meilleurs résultats développementaux pour les enfants concernés.

● Le présent article propose ainsi de financer, de façon forfaitaire, des séances de guidance parentale pour les parents d'enfants souffrant d'un TND, une fois le diagnostic médical de ce trouble confirmé.

D'après les explications fournies par le Gouvernement en séance, le remboursement concernerait les prestations réalisées par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie, mais ayant contractualisé avec les PCO et impliqués dans le parcours de l'enfant, comme les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les psychologues, lesquels sont déjà formés à la guidance parentale.

Les séances de guidance parentale s'appuieront sur les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) relatives aux différents troubles du neurodéveloppement mentionnant la guidance parentale, ainsi que sur le livret « guidance parentale » produit par la délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement, publié en septembre 2025.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté cet article sans modification.

3. L'avis du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter le présent article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* *

Article 21 sexies
Élargissement du pouvoir de prescription des orthoprothésistes, podo-orthésistes et orthopédistes-orthésistes

Origine de l'article : amendements adoptés en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 21 *sexies* est issu de l'adoption, en séance publique, avec l'avis favorable du rapporteur général, de deux amendements identiques n° 2164 du Gouvernement et n° 1823 de Mme Corinne Vignon et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République.

Il complète le chapitre IV du titre VI du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique par un nouvel article L. 4364-9, visant à élargir les pouvoirs de prescription des ortho-prothésistes, podo-orthésistes et orthopédistes-orthésistes. Ces derniers pourront ainsi prescrire, renouveler ou procéder à la réparation de certains dispositifs médicaux de manière autonome, dont la liste doit être définie par voie réglementaire.

● Les professionnels susmentionnés sont des auxiliaires médicaux opérant dans le champ des métiers de l'appareillage à destination des personnes handicapées :

– les orthoprothésistes conçoivent, fabriquent et adaptent des dispositifs orthopédiques externes pour des patients présentant une amputation ou une déficience ostéoarticulaire, musculaire ou neurologique. Ils réalisent des prothèses de membres et des orthèses des membres, du tronc ou de la tête [(1)].

– les podo-orthésistes réalisent des appareillages orthopédiques sur mesure pour le pied de patients présentant une amputation partielle ou une déficience ostéoarticulaire, musculaire ou neurologique [(2)] ;

– les orthopédistes-orthésistes prennent en charge l'appareillage orthétique ou orthopédique, sur mesure ou en série, pour des patients malades ou en situation de handicap. Ils sont spécialisés dans les petits appareillages, tels que les orthèses de la main ou du pied, ainsi que les bandages herniaires [(3)].

● L'objectif du présent article est d'apporter une réponse aux patients appareillés rencontrant des difficultés d'accès à un spécialiste. En l'état du droit, le

(1) Article D. 4364-2 du code de la santé publique.

(2) Article D. 4364-3 du code de la santé publique.

(3) Article D. 4363-6 du code de la santé publique.

remplacement ou la réparation d'orthèses et de prothèses nécessite en effet la présentation d'une prescription médicale [(1)], hormis les cas particuliers de renouvellement d'orthèses plantaires datées de moins de trois ans.

Or, la désertification médicale affecte fortement la qualité de prise en charge, notamment pour les patients à mobilité réduite. L'usure de leurs dispositifs d'appareillage étant souvent plus rapide que l'évolution de leur pathologie, une maintenance facilitée et réactive contribuerait à assurer un suivi optimal et à éviter des interruptions de soins préjudiciables.

● L'élargissement des compétences des professionnels paramédicaux susmentionnés permettra ainsi de fluidifier le parcours de soins des personnes nécessitant ces appareillages et de réduire la charge pesant sur les autres acteurs médicaux, en particulier dans les territoires où l'offre de soins est déjà sous tension.

L'article 21 *sexies* n'ouvre cependant pas un droit de prescription absolu à ces professionnels de santé. Les dispositifs médicaux concernés seront limitativement énumérés par voie règlementaire et les médecins conserveront un pouvoir d'opposition au cas par cas.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté le présent article modifié par un amendement n° 661 de la commission, visant à soumettre les textes réglementaires définissant les dispositifs médicaux concernés par le présent article à des avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine. Le Gouvernement y avait donné un avis défavorable.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de rétablir le présent article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

*

* *

(1) Article L. 4364-1 du code de la santé publique.

Article 21 septies *A (nouveau)*
Consultation des ergothérapeutes sur adressage dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle

Origine de l'article : article introduit par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article résulte de l'adoption des amendements identiques n° 1089 rect. de M. Dominique Théophile et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants et n° 1311 du Gouvernement. Ils ont recueilli un avis favorable de la commission.

Il vise à assouplir le principe de la prescription médicale obligatoire pour la consultation d'un ergothérapeute lorsqu'il intervient dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle.

● Les ergothérapeutes sont des professionnels de la rééducation dont les compétences sont encadrées par le code de la santé publique. L'article L. 4331-1 du code de la santé publique précise ainsi qu'est considérée comme exerçant la profession d'ergothérapeute « *toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels d'ergothérapie* » définis par voie réglementaire.

Ces actes professionnels sont précisés à l'article R. 4331-1 du même code. Les ergothérapeutes ont pour mission d'évaluer les capacités fonctionnelles des patients, de proposer des activités et des aménagements visant à maintenir, restaurer ou développer leur autonomie, et d'accompagner l'adaptation de l'environnement pour compenser les limitations liées à un handicap, une pathologie ou une perte d'autonomie. Leur rôle inclut également la préconisation d'aides techniques et l'élaboration de programmes personnalisés de rééducation ou de réadaptation.

En vertu de l'article L. 4331-1 susmentionné, les ergothérapeutes « *exercent leur art sur prescription médicale* ». En d'autres termes, leur intervention s'inscrit dans un parcours de soins placé sous la responsabilité du médecin, garant de la pertinence et de la coordination des actes réalisés.

Dans les faits, il demeure possible de consulter un ergothérapeute sans prescription médicale, notamment en libéral. Mais cette séance ne pourra être prise en charge par l'assurance maladie que si elle a été prescrite par un médecin. En outre, seules peuvent être prises en charge les séances réalisées par des ergothérapeutes salariés au sein d'un établissement ou service à caractère sanitaire ou médico-social (hôpital, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, centre de rééducation...), les ergothérapeutes libéraux n'étant pas conventionnés avec l'assurance maladie.

Certaines atténuations au principe de la prescription médicale ont néanmoins été apportées récemment. La loi dite « Rist 1» [(1)] a ainsi autorisé les ergothérapeutes à « *prescrire des dispositifs médicaux et aides techniques nécessaires à l'exercice de leur profession, dont la liste est fixée par arrêté* » ministériel ; elle les a également autorisés à « *renouveler les prescriptions médicales d'actes d'ergothérapie* », sauf indication contraire du médecin.

● Comme le souligne le Gouvernement, le principe de la prescription médicale peut devenir un frein dans certaines situations, notamment dans le cadre de prises en charge pluriprofessionnelles où l'absence de prescription empêche parfois de mobiliser rapidement l'expertise des ergothérapeutes, alors même que ces professionnels font partie intégrante de ces équipes.

Par exemple, pour la prise en charge des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie, les ergothérapeutes jouent un rôle essentiel dans l'évaluation fonctionnelle, dans la formulation de préconisations visant à favoriser l'autonomie, ainsi que dans la prescription d'aides techniques adaptées ; il est donc indispensable qu'ils puissent intervenir rapidement pour assurer la continuité de la prise en charge. Les patients concernés sont déjà suivis par un médecin dans le cadre de ces équipes mais, pour autant, ils ne sont pas toujours munis d'une prescription médicale.

● Le présent article modifie ainsi l'article L. 4331-1 précité afin d'assouplir la condition de prescription médicale pour l'intervention des ergothérapeutes. En vertu du **1°**, cette intervention serait également possible « *dans le cadre d'un adressage au sein d'une prise en charge pluriprofessionnelle* ».

Par ailleurs, le **2°** supprime le dernier alinéa du même article, lequel autorise actuellement les ergothérapeutes à renouveler les prescriptions médicales d'actes d'ergothérapie. Cette disposition apparaît en effet superflue, dans la mesure où le critère de l'adressage susmentionné pourra être considéré comme rempli dès lors qu'une première prescription médicale aura été effectuée pour un patient donné. En outre, tous les ergothérapeutes salariés – les seuls dont les prestations soient prises en charge par l'assurance maladie – peuvent être considérés comme exerçant dans un cadre pluriprofessionnel.

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter le présent article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* *

(1) Cf. *article 13 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.*

Article 21 septies
Mise en place d'une autorisation préalable pour la pratique de la médecine esthétique

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 21 *septies* est issu de l'adoption de l'amendement n° 2092 de M. Philippe Juvin et plusieurs de ses collègues du groupe de la Droite Républicaine, avec un avis de sagesse du rapporteur général et défavorable du Gouvernement.

Il vise à soumettre la pratique de la médecine esthétique à une autorisation préalable délivrée par l'agence régionale de santé (ARS), afin de mieux encadrer ce secteur en plein essor mais insuffisamment contrôlé.

À cette fin il insère, après l'article L. 6322-1 du code de la santé publique, un article L. 6322-1-1 instituant un régime d'autorisation préalable pour la pratique de cette activité. Cet article précise que l'octroi d'une autorisation par l'ARS sera subordonné à l'appréciation des besoins médicaux de la population du bassin géographique concerné. Le cas échéant, l'autorisation sera accordée pour cinq ans, avec possibilité de renouvellement. Un décret doit venir préciser les modalités de cette procédure.

● La médecine esthétique regroupe des actes [(1)] non ou peu invasifs visant à modifier l'apparence de la personne, sans visée curative stricte, comme les injections de toxine botulique ou d'acide hyaluronique, les greffes capillaires, les peelings ou l'épilation au laser. Elle doit être distinguée de la chirurgie esthétique, invasive et soumise à l'autorisation de l'ARS, ainsi que de la chirurgie réparatrice, prise en charge par la sécurité sociale en cas de séquelles d'accident ou de pathologie.

Ce secteur attire, de manière croissante, de nombreux praticiens, en partie en raison de la sous-valorisation des actes de médecine curative. Selon l'Ordre des médecins [(2)], environ 9 000 praticiens exerceraient aujourd'hui la médecine esthétique, à temps plein ou à temps partiel, souvent au détriment de leur activité dans leur spécialité d'origine.

● La chirurgie esthétique en France est strictement encadrée : seuls les médecins titulaires d'un diplôme d'études spécialisées (DES) en chirurgie plastique,

---

(1) Les activités de chirurgie esthétique sont encadrées par les articles L. 6322-1 à L. 6322-3 du code de la santé publique.

(2) Médecins, n° 94, *novembre-décembre 2024, Conseil national de l'Ordre des médecins.* https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins_94.pdf

reconstructrice et esthétique sont autorisés à la pratiquer, cette spécialité étant incompatible avec l'exercice d'un autre DES [1]. Les installations réalisant ces interventions doivent obtenir une autorisation du directeur général de l'ARS compétente, délivrée après examen du dossier et visite de conformité visant à garantir le respect des conditions techniques de fonctionnement. Elle est accordée pour une durée limitée et susceptible d'être retirée en cas de danger pour la santé publique ou de pratiques commerciales inappropriées. La pratique non autorisée de cette activité est sanctionnée par une amende de 150 000 euros [2].

À l'inverse, la médecine esthétique bénéficie d'un encadrement beaucoup moins strict, notamment pour les actes non chirurgicaux sans risque pour la santé ; seules les procédures présentant un danger pour la santé sont soumises à des règles relatives à la formation et à la qualification des praticiens, ou peuvent être interdites après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) [3]. La médecine esthétique n'étant pas reconnue comme spécialité officielle par l'Ordre, seuls les dermatologues disposent d'une formation diplômante certifiée, tandis que de nombreux praticiens, souvent généralistes, ne possèdent pas l'expertise adéquate, certains n'ayant suivi que des diplômes universitaires courts [4] ou des stages à l'étranger. En conséquence, une part importante des praticiens, généralistes ou non dermatologues, exerce cette activité sans formation certifiée, ce qui accroît les risques de dérives et d'incidents. L'absence de DES spécifique rend cette pratique particulièrement attractive, car elle peut être cumulée avec l'exercice d'une autre spécialité, limitant par ailleurs le temps médical disponible pour les soins curatifs dans un contexte de dégradation de l'accès aux soins, et favorisant une augmentation des dérives liées à ces actes esthétiques. Pour remédier à cette situation, le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a proposé en 2023 un diplôme inter-universitaire (DIU) de médecine esthétique, d'une durée de deux ans et réservé aux médecins expérimentés, dont la détention devrait devenir obligatoire pour exercer [5].

● Dans ce contexte, les auteurs de l'amendement à l'origine du présent article estiment que l'instauration d'une autorisation préalable par l'ARS permettrait de sécuriser les pratiques, de garantir la compétence des praticiens et de protéger la santé publique, en limitant les risques liés à l'essor rapide et insuffisamment encadré de ce secteur. Elle pourrait aussi répondre au constat que des médecins toujours plus nombreux font aujourd'hui le choix de s'installer dans le secteur de la médecine esthétique alors que la France connaît un déficit de médecins généralistes et de spécialistes, au risque de fragiliser l'accès aux soins dans les disciplines pour lesquelles ces praticiens ont été formés. Des refus

---

(1) Arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins.

(2) Article L. 6324-2 du code de la santé publique.

(3) Article L. 1151-3 du code de la santé publique.

(4) Tels que le diplôme universitaire de techniques d'injection et de comblement en chirurgie plastique et maxillo-faciale ou le diplôme universitaire d'implantation capillaire.

(5) Actes médicaux à visée esthétique, communiqué de presse, Conseil national de l'Ordre des médecins, 4 mai 2023 : https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/actes-medicaux-visee-esthetique

d'installation en médecine esthétique permettraient ainsi de garantir la disponibilité des professionnels dans leur spécialité initiale sur un territoire donné.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, deux amendements identiques apportant des modifications de fond au présent article : les amendements n° 1826 de la commission et n° 1583 rect. *ter* de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces amendements visent à renforcer l'encadrement de la pratique de la médecine esthétique en s'appuyant sur les recommandations du Cnom et du Gouvernement. Ils prévoient notamment que l'autorisation d'exercer sera délivrée par l'ordre compétent, et non par l'ARS ; et qu'elle sera conditionnée à une expérience préalable en médecine curative, ainsi qu'à une formation complémentaire. Par ailleurs, un décret définira les actes relevant de la médecine esthétique et leurs conditions de réalisation.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter le présent article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* *

Article 21 octies
Permettre la délégation de tâches encadrée aux auxiliaires médicaux du service de contrôle de la Mutualité sociale agricole

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 21 *octies* est issu de l'adoption de l'amendement n° 2188 de Mme Annie Vidal et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République, avec un avis favorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Il vise à autoriser une délégation encadrée de certaines missions aux auxiliaires médicaux du service du contrôle médical du régime agricole, en s'alignant sur le dispositif déjà applicable au régime général.

● Ce service, chargé de vérifier les conditions médicales d'ouverture et de maintien des prestations sociales (maladie, maternité, invalidité, affection de longue durée, pensions d'invalidité, incapacités accidents du travail et maladies professionnelles), repose largement sur les praticiens-conseils, dont la pénurie croissante compromet l'activité, particulièrement en raison du manque d'attractivité de postes dépourvus d'activité clinique.

Dans ce contexte, le régime général a récemment réorganisé son service du contrôle médical et introduit des délégations pour pallier les difficultés de recrutement. L'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (1) a ainsi prévu, au VIII de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, que les praticiens conseil du service du contrôle médical du régime général « *peuvent déléguer, sous leur responsabilité, la réalisation de certains actes et de certaines activités au personnel du contrôle médical disposant de la qualification nécessaire* », y compris à des auxiliaires médicaux, « *dans la limite de leurs compétences prévues par le code de la santé publique* ». Ces délégations peuvent amener les auxiliaires médicaux à « *rendre des avis qui commandent l'attribution et le service de prestations* » ; elles doivent alors s'exercer *« dans le cadre d'un protocole écrit ».*

● Ainsi que l'expliquent les auteurs de l'amendement à l'origine du présent article, le régime agricole, pourtant doté d'une structure indépendante comparable, ne bénéficie pas de cette possibilité de délégation de tâches. Il est pourtant confronté à des difficultés de recrutement de même nature, ainsi qu'à une pyramide des âges défavorable.

● Le présent article corrige cette asymétrie en autorisant aussi les praticiens-conseils de la Mutualité sociale agricole (MSA) à déléguer certains avis et actes aux auxiliaires médicaux, dans le cadre de protocoles écrits garantissant le respect de leurs compétences.

Le **1**° élargit ainsi l'application du VIII de l'article L. 315-1 susmentionné aux praticiens conseils « *exerçant au sein des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime* », tandis que le **2**° procède à une adaptation rédactionnelle.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, l'amendement n° 663 de la commission, visant à inscrire plutôt cette possibilité de délégation de tâches dans le code rural et de la pêche maritime, lequel porte les dispositions relatives au régime social agricole.

---

(1) Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter le présent article dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* *

Article 21 nonies
Prolonger le délai de remise du rapport sur les infirmiers et le compléter

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 21 *nonies* est issu de l'adoption de l'amendement n° 1064 de Mme Karen Erodi et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, malgré l'avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Il vise à ajuster le périmètre de la demande de rapport votée à l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 [(1)] et à prolonger le délai laissé au Gouvernement pour le remettre – le délai voté en 2025 ayant d'ores et déjà expiré.

● Dans sa rédaction initiale, l'article 47 précité prévoit la remise d'un rapport évaluant :

– l'élargissement des compétences vaccinales accordées aux pharmaciens, sages-femmes et infirmiers par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, lequel étend les compétences vaccinales à plusieurs professionnels de santé ;

– les moyens d'améliorer l'attractivité de la profession infirmière et la reconnaissance de ses compétences, notamment à travers la formation initiale et continue ;

– les modalités de mise en place d'un mécanisme d'indexation automatique des actes infirmiers sur l'inflation, ainsi que ses conséquences pour la sécurité sociale.

● Le 1° du présent article prolonge le délai prévu pour la remise du rapport, de trois mois à un an, prenant acte du caractère obsolète du délai voté en 2025.

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

Par ailleurs, les 2° et 3° modifient et étendent le périmètre de la demande de rapport. Ce rapport devra également définir les conditions d'accès direct aux consultations infirmières mentionnées à l'article 6 de la loi relative à la profession d'infirmier adoptée en juin dernier [(1)], ainsi que le rôle propre de l'infirmier et la liste des actes et soins réalisés par ces professionnels, afin de garantir leur autonomie.

● Les auteurs de l'amendement à l'origine du présent article ont rappelé que la loi du 27 juin 2025 précitée avait renforcé l'accès direct aux soins infirmiers de premier recours, prévu qu'un décret en Conseil d'État définirait précisément les compétences et domaines d'intervention des infirmiers, et introduit une expérimentation visant à permettre un accès direct élargi à certains soins dépassant le rôle propre. Ils ont néanmoins souligné que les textes réglementaires nécessaires n'étaient pas encore parus, estimant donc nécessaire de maintenir la pression sur le Gouvernement.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel de la commission. Il a par ailleurs adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, l'amendement n° 1828 de la commission visant à retirer du contenu de la demande de rapport la définition du rôle propre de l'infirmier ainsi que la liste des actes et soins qu'il est habilité à réaliser. Un décret ayant vocation à préciser ces dispositions est en effet en cours d'élaboration par le Gouvernement et devrait paraître très prochainement.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter le présent article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* *

(1) Loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 relative à la profession d'infirmier.

Article 21 decies
Expérimentation d'une équipe de soins traitante

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 21 *decies* est issu de l'adoption des amendements identiques n° 431 de Mme Céline Thiébault-Martinez (groupe Socialistes et apparentés), n° 1095 de Mme Danielle Brulebois (groupe Ensemble pour la République), n° 1228 de M. Laurent Croizier (Les Démocrates) et n° 1917 de M. Christophe Marion et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République. Ils ont recueilli un avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Cet article vise à permettre aux assurés, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, de désigner des équipes de soins traitantes pluridisciplinaires dans les zones où l'offre de soins est insuffisante. Cette expérimentation pourrait être conduite dans trois régions comprenant des zones caractérisées par une offre de soins particulièrement insuffisante au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Le **I** précise que cette équipe exerce une mission de prévention, de suivi et de recours, et que sa désignation emporte les mêmes effets juridiques que la désignation d'un médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale. Cette assimilation permet d'intégrer l'expérimentation dans le cadre existant du parcours de soins coordonné.

Le **II** définit la composition minimale des équipes participant à l'expérimentation. Celles-ci comprennent notamment un médecin, un infirmier en pratique avancée ou, le cas échéant, un infirmier, ainsi qu'un pharmacien et un assistant médical.

Le **III** renvoie à un décret le soin de fixer les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, de désigner les régions dans lesquelles elle sera conduite et de déterminer les conditions de son évaluation en vue d'une éventuelle généralisation.

● Les auteurs des amendements à l'origine du présent article soulignent que face à la progression des déserts médicaux, au manque de temps médical et à la montée en charge des maladies chroniques, il importe en effet de repenser l'organisation du système de santé autour d'une approche collective, décloisonnée et plus efficiente. À cet égard, ils estiment que le modèle du médecin traitant instauré en 2004 montre aujourd'hui ses limites.

Ils jugent que le modèle de l'équipe de soins traitante serait ainsi mieux susceptible de répondre aux besoins dans certains territoires, en misant sur la prévention, la coordination renforcée et une approche pluridisciplinaire. Ils mettent en avant le fait que cette équipe, constituée à l'initiative du patient ou sur proposition d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), pourrait voir sa composition élargie selon les besoins à d'autres professionnels (sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, médecins spécialistes). Elle s'appuierait sur un espace numérique partagé et sécurisé afin d'améliorer la coordination entre ses membres et de dégager du temps médical supplémentaire. Dans certains cas, le patient pourrait ainsi consulter directement un membre de l'équipe sans passer par le médecin, avec transmission systématique de l'information.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, les amendements de suppression n° 664 de la commission, n° 92 de M. Olivier Henno, n° 401 rect. *bis* de Mme Florence Lassarade et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants - République et Territoires, n° 482 rect. *bis* de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, n° 830 rect. *bis* de Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen ainsi que n° 1566 rect. *bis* de Mme Nadia Sollogoub et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste. Les sénateurs ont estimé que l'expérimentation proposée était inutile au regard des dispositifs déjà en place et risquait de complexifier les organisations existantes.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 21 *decies*.

*

* *

Article 22

Simplifier et sécuriser le financement des établissements de santé

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée : modifié.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Le présent article porte diverses mesures de simplification et de sécurisation relatives au financement des établissements de santé.

Il vise une plus grande efficience 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 (article L. 161-36 du code de la sécurité sociale) ;

– il restreint le périmètre d'implémentation de la réforme de la facturation directe (Fides – article L. 162-27) ;

– il précise les délais de forclusion applicables à la valorisation des prestations d'hospitalisation (article L. 162-25).

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 (articles L. 162-23, L. 162-23-6 et L. 162-23-8).

Enfin, il régule 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 (article L. 6133-1 du code de la santé publique).

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 1er janvier 2026.

● En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels du rapporteur général. Elle a aussi adopté, avec les avis défavorables du rapporteur général et du Gouvernement, un amendement n° 978 de M. Hendrik Davi et des membres du groupe Écologiste et Social, visant à maintenir la

consultation des fédérations hospitalières sur les arrêtés fixant le montant des dotations régionales annuelles pour les activités de psychiatrie et de SMR.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution et de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction résultant de ces amendements.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté l'article 22, modifié par un amendement n° 483 rect. de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, supprimant les dispositions relatives à la tarification des GCS. Cet amendement, adopté suivant l'avis favorable de la commission et malgré l'avis défavorable du Gouvernement, permet ainsi aux établissements membres d'un GCS de continuer à tarifer leurs activités selon les modalités actuellement en vigueur, s'agissant du choix de l'échelle tarifaire applicable.

Les auteurs de l'amendement précisent que dans les petites villes, il était fréquent que les établissements publics et privés se partagent l'activité en constituant un GCS. L'hôpital apporte par exemple l'autorisation de médecine et la clinique l'autorisation de chirurgie. Cette mise en commun permet de mutualiser des moyens et de maintenir une offre de soins sur des territoires en difficultés. Dans ce contexte, ils soulignent que la viabilité économique de ce type de groupement impose de pouvoir bénéficier de l'échelle tarifaire publique pour l'ensemble des activités.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter le présent article dans sa rédaction issue du Sénat.

*
* *

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

Origine de l'article : article introduit par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le présent article résulte de l'adoption des amendements identiques n° 402 rect. *bis* de Mme Florence Lassarade et plusieurs de ses collègues des

groupes Les Républicains et Union Centriste, n° 430 rect. *ter* de M. Pierre-Antoine Levi et plusieurs de ses collègues des groupes Union Centriste et Les Républicains et n° 486 rect. *bis* de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec les avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement. Il prévoit des modalités transitoires pour la tarification des actes et prestations des établissements de santé de privés dans l'attente de la publication de l'arrêté fixant, chaque année, les nouveaux tarifs applicables.

● L'article L. 162-22-3-1 du code de la sécurité sociale prévoit actuellement que l'État fixe chaque année les tarifs nationaux afférents aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements de santé, ainsi que les coefficients géographiques applicables le cas échéant. Les nouveaux tarifs ont vocation à prendre effet au 1er janvier de l'année. Cependant, jusqu'au 31 décembre 2025, en vertu des dispositions du VII de l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 (1), les nouveaux tarifs annuels sont applicables à compter du 1er mars de l'année.

L'article R. 162-33-5 précise que, dans un délai de quinze jours à compter de la publication de l'arrêté fixant le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour l'année en cours, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les éléments tarifaires et coefficients géographiques susmentionnés.

● Dans les faits, les arrêtés en questions sont publiés bien plus tardivement, et après le début de la date d'effet des nouveaux tarifs, alors même qu'elle était encore, jusqu'à la fin 2025, fixée au 1er mars. Ainsi, pour cette année, la publication des arrêtés n'est intervenue que le 7 avril (2).

Les auteurs des amendements à l'origine du présent article soulignent que « *ce décalage a pour effet de bloquer la facturation des actes, de retarder la rémunération des médecins libéraux exerçant en établissement et de compliquer les remboursements des patients* », tout en engendrant des « *tensions de trésorerie pour les établissements* ». Ces difficultés seraient particulièrement importantes pour les cliniques privées.

● Le présent article vise ainsi insérer dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-22-3-1-1 disposant qu'à défaut de publication, avant le 1er mars de l'année considérée, de l'arrêté fixant les nouveaux tarifs et dotations pour l'année, ceux de l'année précédente demeurent applicables à titre provisoire. Il précise qu'en conséquence, les établissements et professionnels de santé exerçant en leur sein à titre libéral peuvent continuer à facturer et être rémunérés sur la base de ces tarifs, l'assurance maladie procédant à une régularisation au moment de

---

(1) Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(2) Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique, voir arrêté du 7 avril 2025 fixant pour l'année 2025 les éléments tarifaires mentionnés aux I et V de l'article L. 162-22-3-1 du code de la sécurité sociale, le montant des forfaits mentionnés aux articles L. 162-22-5-1 à L. 162-22-5-3 du même code et la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-3-2 du même code.

l'entrée en vigueur du nouvel arrêté annuel. Un décret a vocation à préciser les modalités d'application de cet article.

Lors de l'examen en séance publique, le Gouvernement a cependant souligné que le dispositif proposé risquait d'induire une complexité administrative très importante pour les établissements dans l'hypothèse où un budget ne serait pas adopté en temps et en heure. Il faudrait, au moment de la publication de l'arrêté, calculer l'écart de facturation pour chaque acte ou prestation facturé en application des anciens tarifs.

2. La position du rapporteur général

Au bénéfice des observations du Gouvernement, le rapporteur général propose de supprimer cet article, lequel ne tient pas compte, de surcroît, de la modification de la date de la campagne tarifaire, fixée au 1er janvier à compter de 2026.

*
* *

Article 22 bis
Interdire la double facturation des actes de radiothérapie effectués dans le cadre d'une activité libérale à l'hôpital

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 22 *bis* résulte de l'adoption de l'amendement n° 2337 de M. Jean-François Rousset et des membres du groupe Ensemble pour la République, avec un avis défavorable du rapporteur général et favorable du Gouvernement. Il vise à interdire la facturation par les établissements de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie, lorsque celle-ci est effectuée dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier.

Le **I** complète ainsi le 1° de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale par un alinéa prévoyant une exception au principe de valorisation des prestations par les hôpitaux publics. Ainsi, lorsque l'activité de traitement du cancer par radiothérapie est effectuée par un praticien hospitalier dans le cadre de son activité libérale, au sens des articles L. 6154-1 et suivants du code de la santé publique, elle ne pourra plus être valorisée dans le cadre de la tarification à l'activité pour l'établissement concerné.

● En pratique, le présent article vise à éviter que l'établissement ne bénéficie d'une rémunération au titre d'une activité qui, bien qu'effectuée dans ses locaux, relève juridiquement de l'exercice libéral du praticien. Cette situation de double facturation avait été mise en lumière dans le cadre d'un rapport de la Cour des comptes [(1)].

Concrètement, l'application du présent article se traduira par une diminution des prestations versées par l'assurance maladie aux hôpitaux dès lors que leurs praticiens exerceront une activité de radiothérapie à titre libéral.

● Le **II** fixe l'entrée en vigueur de cette disposition au 1er janvier 2027, de façon à laisser un délai d'adaptation aux établissements de santé et praticiens concernés, ainsi qu'aux agences régionales de santé.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis défavorable du Gouvernement, les amendements de suppression n° 665 de la commission, n° 106 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste) et n° 1082 rect. *bis* de M. Raphaël Daubet et des membres du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.

Conformément à l'avis exprimé par la commission, les sénateurs ont estimé qu'une modification des règles de tarification de l'activité libérale dans les hôpitaux publics présenterait des risques financiers importants, alors que les établissements publics de santé sont déjà confrontés à un sous-financement chronique. Ils ont également jugé qu'une telle évolution pourrait fragiliser l'attractivité des hôpitaux et compliquer le recrutement et la fidélisation du personnel médical. Ils ont estimé préférable d'inscrire toute évolution de la tarification de la radiothérapie hospitalière dans le cadre de la réforme en cours du financement de cette activité.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 22 *bis.*

*

* *

(1) « Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité », Cour des comptes, rapport public thématique, octobre 2023.

Article 22 ter
Eviter la double facturation des actes effectués dans le cadre d'une activité libérale à l'hôpital

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 22 *ter* résulte de l'adoption de l'amendement n° 2189 de Mme Annie Vidal et plusieurs de ses collègues du groupe Ensemble pour la République, avec l'avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Il vise à mettre fin à une anomalie identifiée par la Cour des comptes dans un rapport publié en 2023 [(1)]. Lorsqu'un praticien hospitalier exerce une activité libérale au sein d'un établissement, l'assurance maladie peut être amenée à financer deux fois le temps médical : une première fois au travers les honoraires perçus directement par le praticien dans le cadre de son activité libérale, et une seconde fois *via* la facturation par les établissements des groupes homogènes de séjours (GHS), lesquels incorporent la rémunération du personnel.

● Conformément à la recommandation de la Cour des comptes, le présent article entend ainsi résorber ce phénomène de double facturation à l'assurance maladie.

Il complète à cette fin l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale, relatif à la tarification à l'activité des établissements de santé, afin de préciser les modalités de facturation applicable aux actes effectués par les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale au sein des hôpitaux. Il dispose que les modalités de facturation de ces actes, de même que celles des prestations pour exigence particulière des patients sans fondement médical, devront désormais tenir compte « *des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients* ».

● La portée de cette disposition apparaît incertaine. À l'heure actuelle, la tarification de l'activité libérale des praticiens hospitaliers tient déjà compte des moyens mis en œuvre par l'établissement. Cela se traduit par le versement par le praticien hospitalier, conformément à l'article L. 6152-3 du code de la santé publique, d'une redevance à son établissement de rattachement. Cette redevance est établie en proportion des honoraires facturés dans le cadre de l'activité libérale – le taux retenu dépendant du type d'activité concernée (de 15 à 60 %). Les frais que cette redevance a vocation à couvrir ne sont pas explicitement précisés par la loi ; il

(1) « Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité », Cour des comptes, rapport public thématique, octobre 2023.

semble qu'elle vise surtout à compenser le prêt et l'utilisation des locaux et des équipements, ainsi que le recours éventuel aux personnels hospitaliers.

En tout état de cause, mettre fin au phénomène de double facturation identifié par la Cour des comptes et par les auteurs de l'amendement à l'origine du présent article impliquerait de réduire le montant des prestations versées par l'assurance maladie aux établissements dont les praticiens ont une activité libérale. Cette réduction pourrait certes être compensée en tout ou partie par une augmentation des redevances demandées aux praticiens concernés. Il importe néanmoins d'avoir à l'esprit que cela pourrait avoir un effet négatif sur l'attractivité de ces postes de praticien hospitalier, déjà mise à mal par la concurrence du libéral.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, les amendements de suppression n° 666 de la commission, n° 107 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste) et n° 1083 rect. *bis* de M. Raphaël Daubet et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.

Conformément à l'avis exprimé par la commission, et en cohérence avec la position adoptée sur l'article 22 *bis,* les sénateurs ont estimé que les établissements publics se trouvaient aujourd'hui dans une situation budgétaire tellement fragilisée qu'il n'était pas envisageable de réduire – voire de supprimer – les tarifs hospitaliers lorsqu'un praticien facture des honoraires au titre de son activité libérale. Ils ont appelé à ne pas affaiblir encore l'attractivité déjà fragile de l'hôpital public pour le recrutement de médecins spécialistes.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 22 *ter*.

*

* *

Article 23

Reporter le financement de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée : supprimé.

Sort au Sénat : rétabli avec modifications.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 23 vise à repousser au 1er janvier 2028 la mise en œuvre de la réforme de la protection sociale complémentaire destinée aux agents titulaires et contractuels de la fonction publique hospitalière, dont l'entrée en vigueur était initialement fixée au 1er janvier 2026. Il modifie à cet effet l'article 4 de **l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021** relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, laquelle avait initié cette réforme dans les trois versants de la fonction publique.

Elle devait notamment se concrétiser par l'instauration d'une participation des employeurs publics à la protection complémentaire santé de leurs agents, selon des calendriers propres à chaque fonction publique, au terme de négociations conduites avec les organisations syndicales représentatives. Si ce processus est désormais bien engagé dans les fonctions publiques d'État et territoriale, il apparaît bloqué dans la fonction publique hospitalière, les négociations ayant été interrompues dès leur ouverture, faute d'accord sur leur contenu (1). Même dans l'hypothèse d'une réouverture immédiate des négociations – pour laquelle le ministère de la santé s'est engagé – les étapes nombreuses et chronophages nécessaires à la mise en place effective de cette protection sociale complémentaire semblent désormais exclure la possibilité d'une application à brève échéance.

● En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements de suppression de cet article n° 1151 de Mme Sandrine Rousseau et des membres du groupe Écologiste et Social, n° 1807 de Mme Élise Leboucher et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire ainsi que n° 1668 de Mme Christine Loir et des membres du groupe Rassemblement National. Le rapporteur général et le Gouvernement ont émis un avis défavorable à cette suppression.

Les auteurs des amendements susmentionnés invoquaient la nécessité urgente de mettre un terme à une situation inéquitable pour les agents de la fonction publique hospitalière, en leur ouvrant le droit à une participation de l'employeur

(1) Les organisations syndicales demandaient à ce que soit intégrée dans la négociation une évolution du dispositif des « soins gratuits », permettant aux agents de la fonction publique hospitalière d'être soignés gratuitement dans leur établissement d'exercice.

d'ores et déjà généralisée pour les salariés du secteur privé, et en voie de l'être dans les fonctions publiques d'État et territoriale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec un avis de sagesse du Gouvernement, deux amendements identiques n° 667 de la commission et n° 184 rect. de M. Xavier Iacovelli et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, visant à rétablir l'article 23 en reportant d'un an seulement, au lieu de deux dans le projet de loi initial, l'entrée en vigueur de la réforme de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique hospitalière.

Le Sénat a estimé que ce délai raccourci permettrait de tenir compte du temps nécessaire aux négociations et aux procédures d'appel d'offres préalables à la mise en place de cette protection, en s'appuyant sur les avis exprimés par la Fédération hospitalière de France (FHF), la Confédération française démocratique du travail (CFDT) et la ministre de la santé.

3. La position du rapporteur général

Donnant crédit aux avis susmentionnés, le rapporteur général propose d'adopter le présent article dans sa rédaction issue du Sénat. Il rappelle néanmoins l'enjeu tenant au fait d'assurer une juste compensation financière de cette mesure pour les hôpitaux.

*
* *

Article 24
Lutter contre les rentes dans le système de santé

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée : modifié.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Dans sa rédaction issue du projet de loi initial, 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 (article L. 162-14-6 du code de la santé sociale) : 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 (article L. 162-1-7-1 A), ainsi que des forfaits techniques rémunérant les équipements lourds d'imagerie médicale (article L. 161-1-9-1).

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.

● En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels du rapporteur général, ainsi que plusieurs amendements apportant des modifications de fond :

– l'amendement n° 2526 du rapporteur général, sous-amendé par le Gouvernement (n° 2670), vise à préciser que les analyses de rentabilité devront être effectuées « à besoins d'investissements comparables » ;

– l'amendement n° 1273 de M. Laurent Croizier (groupe Les Démocrates), adopté avec un avis de sagesse du rapporteur général et défavorable du Gouvernement, impose à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) de motiver ses décisions de baisses tarifaires au regard des échanges intervenus au cours des négociations conventionnelles ;

– l'amendement n° 2529 du rapporteur général, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, prévoit que le décret précisera également la périodicité des évaluations de rentabilité ;

– l'amendement n° 984 de M. Hendrik Davi et des membres du groupe Écologiste et Social, adopté suivant l'avis favorable du rapporteur général et du Gouvernement, impose la publicité des évaluations de rentabilité ;

– l'amendement n° 652 de M. Elie Califer et des membres du groupe Socialistes et apparentés, adopté malgré l'avis défavorable du Gouvernement et du rapporteur général, prévoit des modalités spécifiques pour les évaluations de rentabilité outre-mer, *via* l'application d'un « coefficient territorial spécifique » ;

– enfin, l'amendement n° 741 de Mme Sandrine Rousseau et des membres du groupe Écologiste et Social, adopté malgré l'avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement, prévoit des négociations conventionnelles en vue de réaliser au moins 100 millions d'euros d'économies dans l'année dans plusieurs secteurs jugés très rentables.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, malgré l'avis défavorable du Gouvernement, plusieurs amendements apportant des modifications de fond :

– l'amendement n° 669 de la commission supprime les nouvelles modalités de fixation des forfaits techniques en dehors de la négociation conventionnelle ;

– les amendements identiques n° 670 de la commission et n° 1522 rect. *bis* de Mme Véronique Guillotin et des membres du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen suppriment la possibilité pour la Cnam de décider de baisses de tarifs unilatérales lorsque la négociation n'a pas abouti en temps voulu ;

– l'amendement n° 900 rect. *quater* de Mme Else Joseph et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, adopté avec l'avis favorable de la commission, vise à affirmer la nécessité de prendre en compte les besoins spécifiques des territoires dans l'appréciation du niveau de rentabilité ;

– l'amendement n° 1680 rect. de M. Victorin Lurel et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, adopté avec l'avis favorable de la commission, précise que le coefficient territorial appliqué pour l'outre-mer dans la détermination de la rentabilité est réévalué chaque année ;

– enfin, l'amendement n° 668 de la commission décale au 1er janvier 2027 l'entrée en vigueur de la réforme du financement de la radiothérapie dans les établissements de santé et supprime les baisses de tarifs prévues par l'article 24 en 2026 dans les secteurs de la radiothérapie et de la dialyse, ainsi que dans d'autres secteurs jugés très rentables.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter l'article 24 dans sa rédaction issue du Sénat, sous réserve de deux modifications, visant à :

– supprimer la détermination d'un coefficient territorial spécifique pour l'évaluation du niveau de rentabilité et la fixation des montants des baisses de tarifs outre-mer. La fixation annuelle d'un coefficient apparaît en effet complexe et inadaptée en l'espèce, car s'appliquant à des évaluations de rentabilité qui n'ont pas un impact direct sur les tarifs – et ce, d'autant moins que la faculté de décision unilatérale de la Cnam a été supprimée par le Sénat. Par ailleurs, dans sa rédaction actuelle, l'article 24 prévoir déjà de prendre en compte les spécificités des territoires

dans les évaluations. Enfin, des coefficients géographiques sont d'ores et déjà appliqués aux tarifs pratiqués outre-mer. S'ils apparaissent insuffisants, il convient de les augmenter, et non de créer un nouveau type de coefficient qui génèrera de la complexité administrative ;

– rétablir l'objectif d'économies à hauteur de 100 millions d'euros en 2026 dans le secteur de la radiothérapie libérale, au regard des niveaux de rémunération très importants observés dans ce secteur. En revanche, le rapporteur général n'appelle pas au rétablissement de l'objectif d'économies de 20 millions d'euros dans le secteur de la néphrologie libérale, cet objectif étant formulé de manière peu claire, et sur un périmètre mal défini, faisant référence à la dialyse, qui n'est pas directement mise en œuvre par les néphrologues libéraux.

*

* *

Article 24 bis
Réduction d'autorité du tarif des actes et prestations dégageant une rentabilité supérieure à un seuil

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 24 *bis* est issu de l'adoption de l'amendement n° 651 de Mme Sandrine Runel et des membres du groupe Socialistes et apparentés, malgré un avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Il introduit un I *bis* au sein de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, qui autorise les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à abaisser de manière unilatérale, sans négociation conventionnelle préalable, les tarifs de certains actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie lorsque ceux-ci présentent un niveau de rentabilité jugé excessif.

Cette rentabilité excessive doit être appréciée à partir de deux ratios : « *le rapport moyen entre l'excédent brut d'exploitation (EBE) et le chiffre d'affaires* et *le rapport moyen entre le résultat net et le chiffre d'affaires dégagés par les actes et prestations* » inscrits sur la nomenclature des actes remboursables. Dès lors que ces ratios dépasseront des seuils fixés par décret après avis de la Haute Autorité de santé, les ministres susmentionnés pourront en réduire les tarifs par voie d'arrêté.

Un décret précisera les modalités d'application du présent article.

● Lors de l'examen en séance publique, Mme Sandrine Runel a cité le rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie publié en juin 2025 [(1)] pour souligner les rentabilités excessives constatées dans plusieurs secteurs de l'offre de soins – biologie médicale, radiologie, dialyse, médecine nucléaire ou encore radiothérapie. En 2024, les dépenses de l'assurance maladie au titre de ces activités auraient atteint 13 milliards d'euros, tout en affichant des taux de rentabilité nettement supérieurs à ceux observés dans le reste de l'économie – 23 % pour la biologie, 27 % pour la radiothérapie, 16 % pour la radiologie.

L'amendement estimait nécessaire, dans ce contexte, de pouvoir réduire d'office les tarifs dans ces secteurs afin de ramener leur rentabilité à un niveau plus conforme à la moyenne des secteurs de la santé humaine. Il argue que la consultation préalable obligatoire de la Haute Autorité de santé garantit une fixation des seuils reposant sur une expertise indépendante, tenant compte à la fois des coûts de production réels, des impératifs de qualité des soins et de la nécessité de préserver l'innovation.

Par ailleurs, le renvoi à un décret pour la détermination des méthodes de calcul des ratios, des seuils retenus, de la périodicité de l'analyse, des conditions de mise en œuvre des baisses tarifaires ainsi que des garanties procédurales applicables aux professionnels concernés doit permettre d'adapter le dispositif à l'évolution des pratiques et des données économiques, tout en assurant une cohérence avec les mécanismes existants de tarification et de régulation du système de santé.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, les amendements de suppression n° 671 de la commission, n° 110 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste), n° 193 rect. *bis* de Mme Florence Lassarade et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants – République et Territoires, n° 241 rect. *quinquies* de Mme Brigitte Devésa et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que n° 475 rect. *ter* de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

Les sénateurs ont jugé inapproprié de confier au Gouvernement le pouvoir de réduire les tarifs sur la seule base de deux ratios, dont les limites sont avérées, notamment en raison des difficultés à estimer les coûts réels et à refléter la diversité des situations locales. Ils ont considéré que le mécanisme prévu à l'article 24, fondé sur l'identification des excès et la négociation conventionnelle, permettrait de cibler précisément les cas de rentabilité excessive sans pénaliser l'ensemble d'un secteur ou d'une profession. Ils ont réaffirmé leur attachement à la négociation conventionnelle et mis en garde contre le risque de concentration des activités au sein des grands groupes qui pourrait résulter d'une baisse tarifaire généralisée.

---

(1) « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026, juillet 2025.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 24 *bis*.

*
* *

Article 25
Mieux réguler les dépenses dans le secteur des soins dentaires

Origine de l'article : projet de loi.
Sort à l'Assemblée : modifié.
Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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 (article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale). 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 [(1)] 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.

● En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement n° 1086 de Mme Ségolène Amiot et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, malgré l'avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement. Il complète l'article 25 par une demande de rapport au Gouvernement portant sur l'impact de la hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires sur les renoncements aux soins.

(1) Article 41 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis défavorable du Gouvernement, l'amendement de suppression n° 672 de la commission. Les sénateurs ont estimé que l'entorse au principe de la négociation conventionnelle résultant de l'article 25 apparaissait excessive au regard de la situation du secteur des soins dentaires et compte tenu de l'existence d'autres mécanismes de régulation pouvant être mobilisés.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 25.

*

* *

Article 25 bis
Prévoir une régulation prix-volume de l'ophtalmologie et des soins dentaires

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 25 *bis* est issu de l'adoption de l'amendement n° 1084 de Mme Élise Leboucher et des membres de La France insoumise - Nouveau Front Populaire, malgré l'avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Il complète le premier alinéa de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, adopté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 [(1)], afin d'élargir aux soins dentaires et à l'ophtalmologie le champ des secteurs concernés par la conclusion d'accords de maîtrise des dépenses. Pour mémoire, ce dispositif permet au directeur général de l'assurance maladie ou au ministre, en l'absence d'accord entre les partenaires conventionnels sur le contenu de ces accords de maîtrise des dépenses, permettant d'atteindre un montant d'économies suffisant, de baisser les tarifs d'un secteur de manière unilatérale.

À l'heure actuelle, ce dispositif concerne les transports sanitaires, l'imagerie et la biologie médicales. Cependant, l'article 25 du présent projet de loi l'étend déjà au secteur de soins dentaires, si bien que le dispositif du présent article s'avère en partie redondant.

● Les auteurs de l'amendement à l'origine du présent article soulignent que le développement de stratégies d'acquisition et de regroupement par des fonds

(1) Article 41 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

d'investissement a conduit à une concentration croissante de certaines activités de santé, un phénomène initialement cantonné au secteur de la biologie médicale, mais qui tend à essaimer, et s'avère préoccupant pour l'indépendance des praticiens, leurs modalités d'exercice et l'organisation de l'offre de soins. Ce constat les incite donc à demander l'extension des accords de maîtrise des dépenses à de nouveaux secteurs considérés comme exposés à la financiarisation.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec un avis de sagesse du Gouvernement, les amendements de suppression n° 673 de la commission, n° 112 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste), n° 403 rect. *bis* de Mme Florence Lassarade et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants - République et Territoires ainsi que n° 491 rect. *bis* de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

Les sénateurs ont estimé qu'il n'était pas nécessaire de déroger au principe conventionnel en vigueur en ophtalmologie ; par ailleurs, ils s'étaient déjà prononcés contre l'extension de cette régulation tarifaire au champ dentaire en votant la suppression de l'article 25.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 25 *bis*.

*
* *

Article 26

Renforcer les incitations au conventionnement des professionnels de santé et à la maîtrise des dépassements d'honoraires

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée : supprimé.

Sort au Sénat : maintien de la suppression.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 26 vise à imposer une surcotisation 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.

Pour ce faire, il généralise l'affiliation des professionnels conventionnés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) dont les modalités sont prévues aux articles L. 646-1 à L. 646-4 du code de la sécurité sociale. Tous ces professionnels se retrouvent, dès lors, soumis à une contribution dont l'existence est déjà prévue à l'article L. 646-3. Le présent article en modifie cependant les paramètres : renvoyant la fixation de son taux et de ses modalités de recouvrement au domaine réglementaire, il la transforme en cotisation ; il étend par ailleurs son assiette, laquelle portera sur les dépassements d'honoraires facturés par ces professionnels, ainsi que sur les actes effectués hors convention.

● En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté, malgré l'avis défavorable du Gouvernement, quatre amendements de suppression n° 2533 du rapporteur général, n° 483 de Mme Josiane Corneloup et plusieurs de ses collègues du groupe Droite Républicaine, n° 783 de MM. Romain Daubié (groupe Les Démocrates) et Christophe Plassard (groupe Horizons & Indépendants) et n° 948 de M. Paul-André Colombani et plusieurs de ses collègues du groupe Liberté, Indépendants, Outre-mer et Territoires. Selon eux, cet article ne permettrait pas de lutter efficacement contre les dépassements d'honoraires et pourrait même avoir pour effet de les augmenter, voire d'inciter les médecins à se déconventionner.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a maintenu la suppression de l'article 26.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression du présent article.

*
* *

Article 26 bis
Mettre fin au remboursement des produits de santé, actes et prestations prescrits par un médecin non conventionné

Origine de l'article : amendement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.
Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 26 *bis* résulte de l'adoption de l'amendement n° 2329 de M. Jean-François Rousset et des membres du groupe Ensemble pour la République,

sous-amendé par le sous-amendement n° 2681 du rapporteur général. Il a reçu un avis de sagesse du Gouvernement.

Le **I** complète l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale, relatif aux tarifs remboursés par l'assurance maladie pour la consultation des médecins non conventionnés (secteur 3). Il ajoute un alinéa disposant que les produits de santé, actes et prestations prescrits par ces médecins ne peuvent donner lieu à remboursement par l'assurance maladie. Le sous-amendement adopté à l'initiative du rapporteur général prévoit cependant une exception : les prescriptions effectuées à titre gracieux par ces médecins, pour eux-mêmes ou pour leurs proches. Elle permettra notamment aux médecins retraités – qui ne sont plus conventionnés – de continuer à bénéficier du remboursement de leurs prescriptions à ce titre.

Le **II** prévoit que cette disposition sera applicable à compter du 1er janvier 2027. Ce délai vise à laisser le temps aux médecins de secteur 3 qui le souhaiteraient de se reconventionner. Des modalités transitoires devraient probablement être prévues pour ce reconventionnement, dans la mesure où la convention médicale adoptée en juin 2024 impose un délai minimal de deux ans avant de se reconventionner pour tout médecin s'étant déconventionné après l'entrée en vigueur de la convention. Une entrée en application différée à 2027 vise aussi à laisser le temps à l'assurance maladie de se mettre en capacité d'identifier les prescriptions issues des médecins non conventionnés dans ses systèmes d'information, de façon à en bloquer le remboursement.

● Pour mémoire, les médecins bénéficient du principe de liberté conventionnelle et peuvent faire le choix d'être conventionnés avec l'assurance maladie (secteurs 1 et 2), ce qui leur permet de bénéficier de divers avantages et aides, en contrepartie de certains engagements (activité à tarif opposable, pertinence des prescriptions, etc.). À l'inverse, les médecins non conventionnés ont toute liberté pour fixer le montant de leurs honoraires, dans le respect de l'obligation déontologique de tact et de mesure [(1)], laquelle demeure néanmoins floue et peu sanctionnée. Ces médecins n'ont aucun engagement vis-à-vis de l'assurance maladie, notamment en termes de volumes et de pertinence des prescriptions. Leurs consultations sont remboursées par l'assurance maladie, en vertu de l'article L. 165-5-10 précité, sur la base d'un tarif d'autorité qui est très faible (inférieur à 1 euro pour une consultation de médecine générale). Cependant, leurs prescriptions sont actuellement remboursées au même niveau que celles des médecins conventionnés. Le présent article vise ainsi à supprimer ce remboursement lorsque la prescription ne s'inscrit pas dans un cadre contractualisé avec l'assurance maladie.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec un avis de sagesse du Gouvernement et favorable de la commission, huit amendements de suppression n° 674 de la commission,

(1) Article R. 4127-53 du code de la santé publique.

n° 16 rect. de M. Cyril Pellevat et plusieurs de ses collègues des groupes Les Indépendants - République et Territoires, Les Républicains et Union Centriste, n° 114 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste), n° 149 rect. *bis* de Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, n° 168 rect. *ter* de Mme Chantal Deseyne et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, n° 242 rect. *quinquies* de Mme Brigitte Devésa et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, n° 1069 rect. *bis* de M. Marc Séné et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et n° 1299 rect. *bis* de M. Jean Sol et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

Les sénateurs ont estimé que les dispositions du présent article auraient pour effet de pénaliser les patients, lesquels se tourneraient vers des professionnels de secteur 3 avant tout pour des raisons tenant à des compétences rares ou à la notoriété d'un praticien plutôt que par indifférence de choix.

3. La position du rapporteur général

Sensible à la situation de certains patients n'ayant accès qu'à des médecins déconventionnés, et risquant ainsi de se trouver injustement privés du remboursement de leurs produits de santé, le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 26 *bis*.

Il estime néanmoins qu'il conviendra de faire contribuer les médecins de secteur 3 à la maîtrise des prescriptions imposée aux médecins conventionnés. Par ailleurs, il semble indispensable de raccourcir le délai, actuellement établi à deux ans par la convention médicale, permettant aux médecins déconventionnés de se conventionner à nouveau.

*

* *

Article 26 ter
Prévoir une procédure assouplie et accélérée de révision de la nomenclature

Origine de l'article : Amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : Supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 26 *ter* est issu de l'adoption des amendements identiques n° 1816 de M. Jean-François Rousset (groupe Ensemble pour la République) et n° 2537 du rapporteur général, malgré l'avis défavorable du Gouvernement.

Il complète l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, relatif à la procédure d'inscription sur la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie, par des VIII *bis* et VIII *ter* dynamisant la procédure de révision des nomenclatures (classification commune des actes médicaux, nomenclature générale des actes professionnels et nomenclature des actes de biologie médicale).

Le VIII *bis* introduit une procédure de révision accélérée de ces nomenclatures à l'initiative du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie, des ministres compétents ou des représentants des professionnels de santé concernés, dans la situation où les conditions de production ou de réalisation d'un acte ou d'une prestation auraient évolué de manière significative. Les modalités de cette procédure accélérée sont renvoyées au niveau réglementaire.

Le VIII *ter* prévoit par ailleurs l'adoption d'un avenant annuel à la convention médicale afin de garantir une transcription rapide dans les tarifs, fixés par la voie conventionnelle, des évolutions récentes de la nomenclature.

● Le présent article répond au constat largement partagé de l'obsolescence de la nomenclature, s'agissant en particulier de la classification commune des actes médicaux. Le manque de réactivité dans l'évolution de cette classification induit des distorsions majeures dans le système de soins, avec certains actes sur-tarifés et d'autres sous-tarifés, d'autres encore demeurant cotés alors même qu'ils sont obsolètes, tandis que de nouveaux actes à forte valeur ajoutée pour les patients restent non remboursés, ou tarifés de manière inadaptée. Ces distorsions sont à l'origine d'effets de rente dans le système de soins, mais aussi de l'augmentation des dépassements d'honoraires, en partie destinés à compenser la sous-valorisation de certains actes – particulièrement dans certaines spécialités.

Le processus de révision d'ensemble des 13 000 actes de la classification commune des actes médicaux, engagé depuis 2015, a vu son horizon sans cesse reculé. L'année 2026 est désormais évoquée. Lorsqu'il sera achevé, certaines classifications seront probablement déjà dépassées, eu égard à la rapidité d'évolution des pratiques médicales. Il semble donc indispensable d'introduire plus de réactivité et d'agilité dans les mécanismes de révision pour une nomenclature et des tarifs en phase avec les évolutions du système de santé.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, les amendements de suppression n° 675 de la commission et n° 115 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste).

Tout en souscrivant pleinement à l'objectif de révisions plus régulières de la nomenclature et des tarifs, les sénateurs ont estimé que l'état actuel du droit permettait déjà de procéder à la révision régulière de la nomenclature, et que la négociation annuelle d'un avenant à la convention risquait de ne pas laisser suffisamment de temps à la discussion de fond.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de rétablir l'article 26 *ter*, estimant que les procédures actuellement prévues pour la révision des nomenclatures et des tarifs ne peuvent pas raisonnablement être considérées comme satisfaisantes.

*
* *

Article 26 quater
Permettre à l'assurance maladie de déterminer le tarif d'un acte ou d'une prestation nouvellement hiérarchisée lorsque la négociation n'a pas abouti dans les six mois

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 26 *quater* résulte de l'adoption des amendements identiques n° 1115 de M. Yannick Monnet et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine et n° 2328 de M. Jean-François Rousset et des membres du groupe Ensemble pour la République, avec un avis de sagesse du rapporteur général et défavorable du Gouvernement.

Il vise une plus grande réactivité de la tarification des actes et prestations remboursables après une modification de la nomenclature. À l'heure actuelle, des négociations conventionnelles doivent permettre de fixer les tarifs lorsque les travaux du Haut Conseil des nomenclatures ont défini une nouvelle hiérarchisation des actes et prestations. Cette deuxième étape peut s'avérer longue et aléatoire, lorsque les partenaires conventionnels n'arrivent pas à s'entendre.

Le présent article complète ainsi le IX de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, relatif à la procédure de révision des nomenclatures, par un alinéa précisant qu'en cas d'échec des négociations conventionnelles à l'issue d'un délai de six mois, le tarif des actes et prestations concernés pourra être fixé par voie réglementaire, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

● Ces amendements rejoignent l'une des propositions d'un rapport remis au Gouvernement par les auteurs des amendements [(1)]. Lors de l'examen en séance publique, le rapporteur général et le Gouvernement ont cependant marqué leur

(1) « Dépassements d'honoraires : 10 propositions pour en sortir », rapport remis au Premier ministre par MM. Yannick Monnet et Jean-François Rousset, octobre 2025.

volonté de préserver le processus des négociations collectives, qui constitue le cadre légitime du dialogue nécessaire entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, les amendements de suppression n° 676 de la commission et n° 116 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste).

Les sénateurs ont estimé que les tarifs devaient être décidés par voie de négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professionnels du secteur.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de confirmer la suppression de l'article 26 *quater*.

*

* *

Article 27
Favoriser l'efficience, la pertinence et la qualité des activités des établissements de santé

Origine de l'article : projet de loi initial.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Dans sa rédaction initiale, l'article 27 refond le financement à la qualité et à la pertinence des établissements de santé, afin d'orienter au mieux les ressources vers les besoins de santé.

Il prévoit la généralisation d'un intéressement à la pertinence pour l'ensemble des établissements (article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale), y compris les hôpitaux d'instruction des armées, en lieu et place du dispositif actuellement limité aux établissements dont les pratiques médicales présentent un écart important à la moyenne, dit « Caqes » [(1)]. Ce dispositif est susceptible de

(1) Contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (Caqes), dispositifs de contractualisation mis en place en 2010 pour contrôler l'évolution des prescriptions hospitalières de médicaments en ville.

procurer des ressources complémentaires aux établissements, dans des proportions qui restent à déterminer.

Il maintient par ailleurs un mécanisme de mise sous surveillance pour ces derniers établissements (article L. 162-23-14-1), assorti de cibles à atteindre pour réduire les écarts constatés, et finalement sanctionné par une pénalité financière.

Enfin, le dispositif d'incitation financière à la qualité (Ifaq) serait maintenu (article L. 162-23-15) mais réformé et simplifié, selon des modalités dont la définition est renvoyée au pouvoir réglementaire.

● Lors de l'examen en séance publique, cet article a été modifié par plusieurs amendements rédactionnels du rapporteur général, ainsi que par un amendement n° 2334 de Mme Annie Vidal et des membres du groupe Ensemble pour la République. Cet amendement reporte de deux ans l'entrée en vigueur des pénalités financières, soit au 1er janvier 2028 ; il avait reçu un avis défavorable du Gouvernement et du rapporteur général, qui avait jugé préférable un report à une date intermédiaire.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel de la commission ainsi que cinq amendements de fond :

– adopté malgré l'avis défavorable du Gouvernement, l'amendement n° 677 de la commission impose que les décisions du directeur général de l'agence régionale de santé dans le cadre de l'intéressement à la pertinence prennent en compte les caractéristiques du territoire de santé et de l'établissement ;

– également adopté contre l'avis du Gouvernement, l'amendement n° 678 de la commission précise certains indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Il a été sous-amendé à l'initiative de Mme Patricia Demas et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste (n° 1809) ainsi que de M. Khalifé Khalifé (groupe Les Républicains, n° 1811) afin d'intégrer explicitement les actions de la pharmacie clinique ;

– adopté enfin avec le soutien de la commission et du Gouvernement, l'amendement n° 1406 de Mme Solanges Nadille (groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants) anticipe l'entrée en vigueur des pénalités financières au 1er janvier 2027, au lieu du 1er janvier 2028 dans la version issue de l'Assemblée nationale.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat, sous réserve de la suppression des dispositions introduites par l'amendement n° 678 sous-amendé.

*
* *

Article 27 bis
Supprimer la condition d'écart de coût significatif pour la mise en place d'un plafonnement des dépenses d'intérim pour une profession donnée

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 27 *bis* est issu de l'adoption de l'amendement n° 655 de Mme Sandrine Runel et des membres du groupe Socialistes et apparentés, avec un avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Il vise à renforcer le plafonnement des dépenses liées au recours à l'intérim médical et paramédical dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. En effet, l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 [(1)] a prévu la possibilité d'instaurer un plafonnement de ces dépenses dans les établissements susmentionnés dès lors qu'est observé, pour une catégorie de professionnels donnée, « *un écart significatif entre le coût d'une mise à disposition d'un personnel par une entreprise de travail temporaire et le coût de l'emploi d'un professionnel permanent* ». Ledit article 70 a complété en ce sens les articles L. 6146-3 du code de la santé publique et L. 313-23-3 du code de l'action sociale et des familles, afin d'englober à la fois les établissements de santé et médico-sociaux, tous confrontés aux dérives de l'intérim.

● Concrètement, lorsque cet « écart significatif » de coût est observé pour une catégorie professionnelle à l'échelle nationale, un plafonnement des dépenses pouvant être engagées pour une embauche en intérim est instauré par voie réglementaire.

Un décret publié en juillet dernier [(2)] dispose que l'écart doit être considéré comme significatif au-delà de 60 % de différence entre le coût de la mise à disposition par l'entreprise de travail temporaire – englobant à la fois la rémunération du professionnel et les frais facturés par l'entreprise – et le coût de l'emploi du personnel permanent.

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

(2) Décret n° 2025-612 du 2 juillet 2025 relatif au plafond des dépenses engagées au titre d'une mission de travail temporaire par un établissement public de santé, un établissement ou service social et médico-social.

Un arrêté publié le 5 septembre [(1)] a ensuite listé les professions pour lesquelles le plafonnement des dépenses est applicable au regard de ce critère d'écart significatif : médecins, odontologistes et pharmaciens ; infirmiers diplômés d'État et infirmiers spécialisés ; manipulateurs en électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie hospitalière, masseurs kinésithérapeutes, sages-femmes.

Pour chacune de ces professions, un tarif horaire hors taxes maximal est fixé pour l'emploi d'un professionnel en intérim. À titre d'exemple, il est établi à 54 euros pour un infirmier et 78 euros pour une sage-femme. Pour un médecin, ce tarif est plafonné, pour une journée de 24 heures de travail effectif, à 2681 euros.

● Le présent article vise à supprimer la condition préalable d'écart significatif entre le coût d'un professionnel intérimaire et celui d'un agent permanent pour appliquer ce plafonnement. Il modifie à cette fin les articles L. 313-23-3 du code de l'action sociale et des familles (**I**) et L. 6146-3 du code de la santé publique (**II**). Le plafonnement du coût de l'intérim aura ainsi vocation à s'appliquer à l'ensemble des professionnels exerçant dans ces établissements, bien au-delà de ceux listés par l'arrêté susmentionné.

● Lors de l'examen en séance publique, l'auteure de l'amendement a en effet estimé que la notion d'« écart significatif », trop imprécise et peu opérante, limitait la portée effective du dispositif, en empêchant son application dans un grand nombre de situations où le recours à l'intérim pèse pourtant fortement sur les budgets des établissements. Elle a souligné que la crise sanitaire avait fortement aggravé l'impact financier du recours à l'intérim, en particulier paramédical, les dépenses des hôpitaux étant passées de 500 millions d'euros à près de 2 milliards après la pandémie. Elle a jugé urgent de mieux réguler ces pratiques.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, les amendements de suppression n° 679 de la commission, n° 118 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste) et n° 1511 rect. *bis* de M. Stéphane Le Rudulier et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

Les sénateurs ont considéré que le plafonnement de l'intérim instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 constituait déjà un dispositif suffisant, en ciblant l'effort sur les professions les plus concernées par les excès de l'intérim sans imposer de contraintes inutiles par ailleurs.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de cet article.

---

(1) Arrêté du 5 septembre 2025 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé et par un établissement ou service social et médico-social au titre d'une mission de travail temporaire et le périmètre des qualifications concernées.

*
* *

Article 27 ter
Plafonner la rémunération des praticiens contractuels au niveau de celle des praticiens titulaires

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 27 *ter* est issu de l'adoption de l'amendement n° 1806 de Mme Ségolène Amiot et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, avec l'avis défavorable du rapporteur général et du Gouvernement.

Il insère, au sein du code de la santé publique, un article L. 6152-1-2 disposant que la rémunération des praticiens contractuels visés au 2° de l'article L. 6152-1 ne peut pas dépasser le plafond de rémunération applicable aux praticiens mentionnés au 1° du même article.

● L'article L. 6152-1 susmentionné reconnaît en effet la possibilité, pour les hôpitaux, d'employer, en sus de leur personnel médical, odontologiste et pharmaceutique statutaire (mentionné au 1°), des professionnels recrutés sur contrat, dans des conditions définies par voie réglementaire (2°). Les différentes possibilités de recrutement contractuel sont précisées à l'article R. 6152-338, lequel distingue quatre motifs : le remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité (1°), les difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soins sur le territoire (2°), l'attente de l'inscription sur une liste d'aptitude au concours national de praticien hospitalier (3°) et la nécessité de compléter l'offre de soins de l'établissement avec le concours de la médecine de ville et des établissements de santé privés d'intérêt collectif (4°).

Or, on observe une tendance des hôpitaux à recourir de plus en plus fréquemment au contrat de motif 2, en réponse à des difficultés de recrutement très importantes pour de nombreuses spécialités et à la concurrence du libéral et des cliniques privées, à même de proposer des rémunérations beaucoup plus élevées. La Cour des comptes a ainsi souligné que le recours massif à ces contrats, plus attractifs financièrement, constituait une forme de détournement du plafonnement institué sur la rémunération des médecins recrutés en intérim [(1)].

(1) Cour des comptes, Sixième chambre - Troisième section, Relevé d'observations définitives « Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics (exercices 2017-2022) », 24 janvier 2024.

● Prenant acte de cette situation, le présent article vise ainsi à établir un plafond salarial uniforme, en limitant la rémunération des praticiens contractuels au niveau de celle des praticiens titulaires, de façon à harmoniser les montants de rémunération entre les différentes catégories de praticiens définies à l'article L. 6152-1 et à limiter les surcoûts liés aux recrutements contractuels au sein des hôpitaux.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, les amendements de suppression n° 680 de la commission, n° 119 de M. Olivier Henno (groupe Union Centriste), n° 818 rect. de Mme Marie-Claude Lermytte et plusieurs de ses collègues des groupes Les Indépendants - République et Territoires, Union Centriste et Les Républicains et n° 1513 rect. *ter* de M. Stéphane Le Rudulier et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

Les sénateurs ont estimé qu'un plafonnement uniforme des rémunérations pour les contrats, ne tenant pas compte des spécificités locales ni de la nature durable de certains besoins, pourrait fragiliser l'attractivité du service public hospitalier.

3. L'avis du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 27 *ter*.

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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 pour incapacité temporaire à raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (AT-MP) ;

– rend facultative la visite d'un médecin du travail pour la reprise d'une activité professionnelle au terme d'un congé de maternité.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu :

– l'amendement n° 678 de Mme Sandrine Runel et des membres du groupe Socialistes et apparentés, contraignant l'autorité réglementaire quant à la fixation des durées minimales pour la primo-prescription d'un arrêt de travail pour maladie (un mois dans tous les cas alors que l'intention de l'exécutif était de prévoir quinze jours en ville et un mois à l'hôpital), pour la prolongation d'un tel arrêt (deux mois, ce qui était l'intention de l'exécutif), adoptés après que le rapporteur général et le Gouvernement s'en sont remis à la sagesse de l'Assemblée, le premier relevant que « *comme de toute façon ils peuvent très facilement déroger à la règle d'une durée maximale* [...] *l'amendement n'a pas une grande portée normative* » [(1)].

– les amendements rédactionnels ou de coordination n° 2224, n° 2225, n° 2226, n° 2227, n° 2228, n° 2229 et n° 2233 du rapporteur général, adoptés suivant l'avis du Gouvernement ;

– les cinq amendements identiques n° 680 de Mme Sandrine Runel et des membres du groupe Socialistes et apparentés, n° 1373 de M. Yannick Monnet et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine), n° 1396 de M. Paul-André Colombani et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires, n° 1575 de Mme Ségolène Amiot et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire et n° 2106 du rapporteur général, supprimant les alinéas qui entendaient rendre facultatif l'examen de reprise auprès du médecin du travail par la salariée revenant d'un congé de maternité, les auteurs des quatre premiers se plaçant sur le terrain de la protection des femmes concernées et le dernier soulignant aussi bien dans son rapport de première lecture que dans l'exposé sommaire de son amendement qu'il s'agissait de dispositions cavalières dans une loi de financement de la sécurité sociale puisque relatives au droit du travail et dépourvues 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, adoptés suivant l'avis du rapporteur général, logiquement, et contre l'avis du Gouvernement.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté six amendements à l'article 28 :

---

(1) Assemblée nationale, compte rendu de la troisième séance publique du 9 novembre 2025.

– suivant l'avis du Gouvernement, l'amendement de coordination n° 1831 des rapporteures pour les branches maladie et AT-MP ;

– suivant l'avis du Gouvernement, l'amendement n° 681 des rapporteures pour les branches maladie et AT-MP corrigeant plusieurs erreurs matérielles, opérant une clarification rédactionnelle et prévoyant que la durée maximale de versement des indemnités journalières pour incapacité temporaire (AT-MP) ne puisse en aucun cas être inférieure au plafond défini pour les arrêts maladie ;

– contre l'avis du Gouvernement, qui a rappelé par la voix de la ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées que « *les arrêts ne sont pas limités en nombre* » [(1)], les amendements identiques n° 413 rect. *bis* de M. Ahmed Laouedj et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen et n° 682 de la rapporteure pour la branche maladie, supprimant les alinéas 14 à 16, 19 à 21 et 33 à 36 (et faisant une coordination quant à l'entrée en vigueur des autres dispositions) qui tendaient à instituer un plafonnement de la durée des arrêts, l'exposé du second amendement faisant valoir :

* qu'il s'agirait là d'une « *atteinte manifestement disproportionnée à la liberté de prescription et à l'accès aux soins au regard des objectifs poursuivis* » ;

* qu'« *alors que le législateur se bat, depuis plusieurs années, pour libérer du temps de soin, cette limitation arbitraire et infondée médicalement mobiliserait plusieurs centaines de milliers d'heures de consultations au seul motif de prolonger des arrêts de travail artificiellement raccourcis* » ;

* que « *les prescripteurs sont seuls habilités à apprécier la nécessité et la durée d'un arrêt au regard de l'état de santé de leurs patients, sur le fondement de leur évaluation clinique indépendante* » ;

– le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse du Sénat, l'amendement n° 683 de la rapporteure pour la branche maladie dépassant certes la coordination sur le plan formel mais prenant simplement en compte, à deux occurrences codifiées (articles L. 162-4-1 et L. 321-2 du code de la sécurité sociale), que les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont également habilités à prescrire des arrêts de travail, dans la limite de leur compétence professionnelle respective, ce qui avait été envisagé par le rapporteur général, sans qu'il dépose toutefois d'amendement ;

– suivant l'avis de la commission, l'amendement n° 1859 du Gouvernement prévoyant que pour tout renouvellement d'un arrêt de travail d'une durée qui resterait à déterminer par décret, le prescripteur puisse solliciter l'avis du service du contrôle médial, l'exposé sommaire de l'amendement évoquant le souhait d'une part de mieux « objectiver » ces prolongations et d'autre part de « *limiter la pression* [...] *que ressentent certains médecins de la part de leurs patients* ».

---

(1) Sénat, compte rendu de la séance publique du 24 novembre 2025 (matin).

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général propose revenir sur certaines des modifications de fond que présente l'article 28 tel qu'il résulte des travaux du Sénat.

● Le rapporteur général n'a bien entendu pas de remarque sur les corrections légistiques faites par la rapporteure de la commission des affaires sociales du Sénat pour la branche maladie et sur la proposition du Gouvernement que puisse être mieux sollicité le service du contrôle médical.

En ce qui concerne la suppression de l'encadrement des prescriptions, l'avis du rapporteur général est le suivant :

– l'article 28 se retrouve donc vidé d'une partie importante de sa substance, car quoique la limite de la durée des arrêts entraîne 30 millions d'euros de dépenses liées à des visites qui sinon n'auraient pas eu lieu, le dispositif génère tout de même 40 millions d'euros bruts d'économie, donc 10 millions d'euros en fin de compte, si bien que le rapporteur général ne souscrit pas à ce qui serait encore un renoncement à une modeste réduction des charges de l'assurance maladie ;

– très attaché à la liberté de l'art médical, le rapporteur général ne voit pas en quoi lui aurait été porté une atteinte démesurée, compte tenu de la simplicité avec laquelle les prescripteurs auraient pu déroger aux préconisations de la Haute Autorité de santé (HAS) ;

– puisque la limite de la durée de primo-prescription et de renouvellement des arrêts ne réduit en rien les droits des assurés et permet même qu'ils soient suivis à un rythme plus régulier par les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, le rapporteur général propose de rétablir les alinéas que le Sénat a supprimés avec les amendements n° 413 et n° 682.

*

* *

Article 28 bis *A (nouveau)*
Limitation du renouvellement d'un arrêt de travail par télémédecine

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique, suivant l'avis de la commission mais contre celui du Gouvernement, de l'amendement n° 1257 rect. *ter* de M. Daniel Chasseing et plusieurs de ses collègues des groupes Les Indépendants - République et Territoires, Union Centriste, Les Républicains et Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

● Il modifie le troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique pour restreindre les cas où le renouvellement d'un arrêt de travail peut être prescrit par télémédecine – les téléconsultations qui en sont une forme ont fait l'objet d'un rapport de la Cour des comptes au printemps dernier [(1)].

● L'article L. 6316-1 du code de la santé publique a été créé par l'article 78 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, dite « HPST » ou « Bachelot ». Il n'a pas varié pendant près de dix ans avant d'être cinq fois modifié récemment : par le III de l'article 54 de la n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 ; par le 4° du I de l'article 53 et l'article 54 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite « OTSS » ; par le I de l'article 65 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 ; enfin par l'article 54 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 [(2)].

Au terme de ces modifications, la mesure codifiée aborde deux thèmes :

– la définition de la télémédecine à ses deux premiers et dernier alinéas, c'est-à-dire une « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* [qui] *met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient* [et] *permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* » ;

– l'encadrement des interventions par télémédecine dans les arrêts de travail pour maladie à ses troisième à cinquième alinéas, la première interdiction résultant de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et les deux dernières de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 :

* en principe, « *lors d'un acte de télémédecine, 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* », ce à propos de quoi sont prévues deux exceptions tenant d'une part au cas où l'arrêt serait prescrit ou renouvelé par le médecin traitant [(3)] ou la sage-femme référente [(4)] et, d'autre part, mais uniquement pour une prolongation, si le patient

---

(1) Cour des comptes, Les téléconsultations – une place limitée dans le système de santé, une stratégie à clarifier pour améliorer l'accès aux soins*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat en application du 1° de l'article L.O. 111-4-6 du code de la sécurité sociale, avril 2025.*

(2) Rapport n° 869 de M. Thibault Bazin, rapporteur général, 30 janvier 2025, pp. 187-188.

(3) Article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 162-8-2 du code de la sécurité sociale.

justifie qu'il lui a été impossible de consulter un professionnel pour obtenir une « *prescription réalisée en sa présence* », c'est-à-dire lors d'un rendez-vous en cabinet ;

* « *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 télémédecine prescrivant ou renouvelant un arrêt de travail* » ;

* « *un acte de télémédecine 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* ».

● L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale dispose que « *l'assurance maladie assure le versement d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin* [...] *de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme* [...] », mais les professionnels de santé doivent pour dresser un tel constat respecter les règles du 1° de l'article L. 162-4-1 du même code et du troisième alinéa de l'article L. 6316-1, précité, du code de la santé publique, c'est-à-dire en donner les justifications. Ces éléments ne seront pas davantage développés ici, dans la mesure où les dispositions dont il s'agit sont modifiées par trois articles du présent projet de loi de financement [(1)].

● L'article 28 *bis* A introduit par le Sénat, motivé d'après l'exposé sommaire de l'amendement à son origine par l'augmentation des indemnités journalières (de 6,8 milliards d'euros en 2014 à 11,3 milliards d'euros en 2024) prévoit :

– qu'un acte de télémédecine ne puisse porter à plus de trois jours un arrêt de travail déjà en cours ;

– qu'un acte de télémédecine ne puisse avoir pour objet le renouvellement d'un arrêt de travail (suppression de la mention concernée dans la première phrase et insertion d'une phrase l'interdisant) ;

– une coordination qui confirme expressément que sont conservées les deux exceptions susmentionnées au profit d'une consultation en ligne du médecin traitant ou de la sage-femme référente et de l'impossibilité avérée de trouver un rendez-vous classique.

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général constate que l'amendement n° 1257 de M. Chasseing est assez analogue, sur le fond et sur la forme, à l'amendement n° 1715 qu'il avait lui-même présenté en première lecture à l'Assemblée nationale. Aussi propose-t-il de conserver l'article 28 *bis* A dans sa rédaction résultant des travaux du Sénat.

---

(1) Voir le commentaire des articles 28, 28 ter *et 29 du présent projet de loi de financement.*

Il ne lui semble pas que l'article 28 *bis* A soit comparable aux restrictions que l'article 101 de la LFSS 2023 entendait apporter au régime de prescription des arrêts de travail à distance avant que le juge constitutionnel le censurât, puisque la mesure non-conforme au onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 aurait privé certains assurés d'indemnités journalières alors même que la prescription de l'arrêt (entendu comme l'autorisation de ne pas travailler) serait restée valable [(1)] : tel n'est pas le cas avec la disposition ici commentée, qui interdit certaines formes de prescription et traite tous les assurés de manière égale.

*

* *

Article 28 bis
Application à Saint-Pierre-et-Miquelon de dispositions relatives au service du contrôle médical

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique de l'amendement n° 1570 de M. Stéphane Lenormand et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires, suivant l'avis du rapporteur général et du Gouvernement.

Il cherche à combler un défaut de coordination faisant que plusieurs mesures relatives au service du contrôle médical n'ont pas de fondement pour leur application à Saint-Pierre-et-Miquelon :

– les auteurs de l'amendement ont identifié à ce titre les articles L. 315-2, L. 315-2-1, L. 315-3 et L. 323-6 du code de la sécurité sociale, lesquels concernent la suspension des prestations non médicalement justifiées et la procédure d'accord préalable à laquelle peuvent être conditionnées diverses prestations (en cas de risque de non-respect des indications ouvrant droit à leur prise en charge, de nécessité de vérifier leur justification au regard de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, de leur caractère coûteux et de l'existence d'une alternative moins dispendieuse), la convocation de l'assuré (par exemple en fonction de la fréquence des arrêts de travail qui lui seraient octroyés), certaines modalités pour les actions en recouvrement d'indus en matière de dispensation de médicaments et la subordination du bénéfice des indemnités journalières à

(1) Conseil constitutionnel, décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2023*, par. 67 à 76.*

l'observance des prescriptions du médecin, au respect des heures de sortie autorisées, etc. ;

– le rapporteur général partage l'analyse du Gouvernement suivant laquelle il serait plus efficace d'un point de vue rédactionnel et plus complet d'un point de vue opérationnel de modifier les quatorzième et dix-septième alinéas de l'article 9 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 (plutôt que de faire des modifications pour ce seul département en les insérant en plusieurs occurrences dans le code de la sécurité sociale).

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu l'amendement n° 1570 dont résulte cet article.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté l'article 28 *bis* sans modification.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter l'article 28 *bis* dans une rédaction conforme à la volonté exprimée par les deux assemblées en première lecture mais en y apportant les améliorations légistiques présentées *supra* (modification de l'ordonnance de 1977).

*
* *

Article 28 ter
Adaptations au droit des arrêts de travail

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article est issu de l'adoption en séance publique de l'amendement n° 1718 du rapporteur général, soutenu par le Gouvernement sous réserve de son sous-amendement n° 2672 faisant lui-même l'objet d'un avis favorable du premier.

D'une part, il modifie l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale pour y préciser que l'indemnité journalière est versée à l'assuré dans l'incapacité

physique « *de continuer ou de reprendre une activité professionnelle salariée ou non salariée quelconque* » alors que le droit existant mentionne « *le travail* ».

Qui plus est dans une disposition aussi fondamentale, la formule est ambiguë et peut laisser entendre qu'il ne s'agirait que du poste occupé avant le début du congé.

Dans deux décisions, la Cour de cassation a jugé que « *le bénéfice des indemnités journalières est subordonné à la seule constatation de l'incapacité physique de l'assuré de reprendre le travail et que cette incapacité s'analyse non pas dans l'inaptitude de l'assuré à remplir son ancien emploi, mais dans celle d'exercer une activité salariée quelconque* » (1).

La juridiction suprême de l'ordre judiciaire est donc claire : pendant son arrêt, l'assuré ne peut pas reprendre le travail qu'il occupait, mais plus largement il ne peut exercer ni un autre emploi qu'il aurait eu à côté de son emploi principal, ni changer d'emploi. Cette jurisprudence vertueuse pour les comptes publics et pour les employeurs gagnerait à être reprise (les deux affaires citées concernaient le salariat, mais la formulation de l'article 28 *ter* s'applique à tous les statuts).

Avec son sous-amendement, le Gouvernement a précisé que l'activité dont l'incapacité d'exercice ou de reprise est constatée est « *professionnelle* » et indiqué dans son exposé que cela « *ne prive pas, si nécessaire, de la possibilité d'autoriser l'assuré à exercer des activités d'ordre non professionnel telles que la pratique d'une activité sportive ou bénévole, si cela est utile à sa rémission* ».

D'autre part, l'article introduit à l'initiative du rapporteur général ramène de trois mois à un mois (l'amendement de départ privilégiait une suppression de toute borne temporelle) le délai à partir duquel, aux termes de l'article L. 323-4-1 du même code, le médecin conseil, membre du service du contrôle médical, peut « *en liaison avec le médecin traitant* [...]*, solliciter le médecin du travail* [...] *pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail* [par l'assuré] *ou envisager les démarches de formation* ».

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu l'amendement n° 1718 et le sous-amendement n° 2672 dont résulte cet article.

---

(1) Cass., 2ème ch. civ., 28 mai 2015, n° 14-18.830, pub. au Bulletin *; 2ème ch. civ., 21 juin 2018, n° 17-18.587, pub. au* Bulletin *(«* attendu que le droit aux indemnités journalières suppose l'impossibilité, eu égard à l'état de santé de l'assuré, d'exercer une activité professionnelle quelconque ; qu'il était indifférent de savoir si l'assuré pouvait ou non reprendre le poste qu'il occupait antérieurement au sein de l'entreprise qui l'employait ; qu'en s'attachant à cette seconde question, qui était pourtant dépourvue de pertinence, les juges du fond ont violé l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale ; *[...]* que la cessation du service des indemnités journalières suppose simplement le constat que l'assuré est en mesure de reprendre une activité quelconque *»).*

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Suivant l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté l'amendement n° 684 des rapporteures pour les branches maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) faisant une coordination avec la définition des arrêts pour incapacité permanente (2° de l'article L. 431-1 du code de la sécurité sociale).

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de conserver l'article 28 *ter* dans sa rédaction résultant des travaux du Sénat.

*

* *

Article 29

Limiter la durée d'indemnisation des arrêts de travail des assurés ne relevant pas du dispositif de l'affection de longue durée

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : supprimé.

Sort au Sénat : suppression maintenue.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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, donc les affections de longue durée (ALD) au sens strict ;

– 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).

Doit être rappelée, tant elle est la source d'une confusion, la différence entre :

– l'ALD, définie comme « *une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret* » au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale [(1)] ;

– l'affection qualifiée d'ALD non exonérante par l'assurance maladie (alors qu'elle n'est ni une ALD ni une « *affection grave caractérisée ne figurant pas sur la* [même] *liste* [ou une] *affection entraînant un état pathologique invalidant* » qui nécessitent un « *traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse* » suivant le 4° du même article L. 160-14), assez lourde pour octroyer dans le droit existant des indemnités journalières non plafonnées dans le temps mais n'exemptant pas l'assuré du ticket modérateur.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu les cinq amendements de suppression n° 682 de Mme Sandrine Runel et des membres du groupe Socialistes et apparentés, n° 1215 de Mme Sandrine Rousseau et des membres du groupe Écologiste et Social, n° 1405 de M. Paul-André Colombani et plusieurs de ses collègues du groupe groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires, n° 1415 de Mme Karine Lebon et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine et n° 1444 de M. Hadrien Clouet et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, adoptés après que le rapporteur général s'en est remis à la sagesse de l'Assemblée et contre l'avis du Gouvernement.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Après avoir rejeté l'amendement de rétablissement n° 1268 rect. *bis* de M. Daniel Chasseing et plusieurs de ses collègues des groupes Les Indépendants - République et Territoires, Les Républicains et Union Centriste, le Sénat a confirmé la suppression de l'article 29.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la suppression de l'article 29 effectuée par les deux assemblées.

*

* *

(1) 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.).

Article 30

Favoriser le recours à des outils d'aide à la prescription et à la décision médicale de dernière génération

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée : modifié.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Le présent article instaure des 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 (article L. 162-1-25 du code de la sécurité sociale) 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.

● En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels du rapporteur général, ainsi que deux amendements de fond :

– l'amendement n° 2553 du rapporteur général, adopté avec l'avis favorable du Gouvernement, substitue la notion de « système d'aide à la décision médicale » à celle de « logiciel d'aide à la prescription », conformément à l'intention exprimée par le Gouvernement ;

– l'amendement n° 1451 de Mme Ségolène Amiot et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, adopté malgré les avis défavorables du rapporteur général et du Gouvernement, précise que le SADM ainsi financé ne pourra pas être utilisé pour contrôler et évaluer les actions des utilisateurs.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté l'article 30 modifié par deux amendements rédactionnels de la commission, ainsi que plusieurs amendements de fond :

– les amendements identiques n° 1832 de la commission et n° 1350 du Gouvernement élargissent le périmètre de l'article aux systèmes d'aide à la décision pharmaceutique ;

– l'amendement n° 686 de la commission, adopté avec l'avis favorable du Gouvernement, impose le respect d'un référentiel de la Haute Autorité de santé pour pouvoir bénéficier du financement de l'assurance maladie ;

– l'amendement n° 689 de la commission, adopté avec l'avis favorable du Gouvernement, prévoit un encadrement par décret de la durée du financement alloué.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter le présent article dans sa rédaction issue du Sénat.

Article 31
Rendre obligatoires l'alimentation du dossier médical partagé et sa consultation dans certains cas

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée : non examiné.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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 [(1)] a cherché à imposer la consultation préalable du DMP pour certaines prescriptions onéreuses ou à risque de mésusage important (article L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale). Cependant, ces impératifs restent souvent lettre morte, faute de dispositif de contrôle opérant et dans un

(1) Article 48 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

contexte où les moyens techniques nécessaires à leur mise en œuvre sont parfois défaillants 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 (article L. 1111-15-1 du code de la santé publique) mais aussi par les structures qui les emploient (articles L. 1111-15 et L. 1111-15-2).

Par ailleurs, il prévoit un nouveau dispositif de contrôle statistique pour les prescriptions onéreuses (article L. 162-1-7-6 du code de la sécurité sociale), se substituant au dispositif voté en loi de financement pour 2025 (*cf. supra*). 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.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, malgré l'avis défavorable du Gouvernement, les amendements de suppression n° 690 de la commission, n° 404 rect. *ter* de Mme Florence Lassarade et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste et n° 494 rect. *bis* de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains. Ils ont estimé qu'il convenait d'inciter les professionnels à l'utilisation du DMP plutôt que de leur imposer des pénalités.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de rétablir cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale, avec des modifications visant à garantir que les obligations prévues par le présent article ne seront applicables qu'à partir du moment où les professionnels disposeront des logiciels interopérables leur permettant un accès fluide aux dossiers médicaux partagés des patients, ce qui impliquera par ailleurs de repousser à 2028 l'entrée en vigueur de cet article.

*

* *

Article 32
Lutter contre le gaspillage des produits de santé

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article propose une série de mesures visant à lutter contre le gaspillage des produits de santé. Il autorise à titre expérimental les pharmacies d'usage intérieur des établissements de santé à re-dispenser des médicaments non utilisés pendant une durée de trois ans, sous réserve du respect de garanties de conditionnement et de re-dispensation. D'autre part, il autorise 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 établissements publics de l'État, des collectivités territoriales ou encore à divers organismes ou structures chargés d'une mission de service public.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

À l'initiative de la rapporteure, le Sénat a adopté un amendement n° 691 de la commission visant à préciser que les opérations de cession ainsi réalisées ne pourraient avoir pour effet de porter une atteinte, même temporaire, à l'intégrité du stock de l'État. Cet amendement visait à tenir compte des situations où le renouvellement du stock stratégique pouvait être retardé en raison de divers facteurs. Dans une telle hypothèse, les opérations de cession ne pourraient être réalisées dès lors qu'elles présenteraient un risque pour l'intégrité du stock stratégique. En séance, la rapporteure, Mme Corinne Imbert, a toutefois retiré son amendement à la demande du Gouvernement, celui-ci ayant précisé que les possibilités de cession à titre gracieux ne concerneraient que les fractions du stock excédant la cible annuelle fixée par le ministère à Santé publique France.

Par ailleurs, l'article 32 a fait l'objet d'un amendement rédactionnel n° 1834 rect de la rapporteure. Les deux amendements identiques adoptés en séance, respectivement n° 408 rect de Mme Florence Lassarade et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste et n° 970 rect de Mme Annick Jacquemet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste visaient à inclure l'ensemble des médicaments non utilisés dans le champ de l'expérimentation de re-dispensation. Dans sa version transmise au Sénat, le septième alinéa de l'article 32 prévoyait une re-dispensation des seuls médicaments relevant de la « liste en rétrocession », soit l'ensemble des molécules délivrées par

une pharmacie hospitalière aux patients non-hospitalisés. Or, les pharmacies d'usage intérieur peuvent également collecter des médicaments relevant du circuit officinal de ville dans les conditions prévues à l'article L. 4211-2 du code de la santé publique. De plus, une extension du champ des médicaments concernés par la re-dispensation est susceptible de générer des économies supplémentaires pour l'assurance maladie. À ce titre, la demande d'expérimentation de re-dispensation réalisée par la fédération des centres de lutte contre le cancer Unicancer visait des médicaments anticancéreux oraux (MAO) non utilisés et inscrits aussi bien sur la « liste en sus » que sur celle « en rétrocession » ou relevant d'un financement dit « intra-GHS ».

Sur ce dernier point, la rapporteure du Sénat a indiqué s'en remettre à l'avis du Gouvernement, soulignant toutefois ses réserves quant aux conséquences pour la sécurité des patients d'une re-dispensation de médicaments provenant d'un circuit officinal différent. En ce sens, elle partage l'inquiétude formulée par le Syndicat des pharmaciens hospitaliers d'un manque de traçabilité des molécules et notamment des médicaments d'origine non hospitalière, dont la sécurité du circuit d'approvisionnement pourrait être fragilisée. Plus largement, elle estime qu'un travail relatif au conditionnement des médicaments gagnerait à être engagé sur le modèle des ajustements réalisés pour les opioïdes.

Le Gouvernement a émis un avis favorable à ces amendements identiques en l'assortissant d'un engagement d'une mise en œuvre progressive de l'expérimentation en la concentrant, dans un premier temps, aux seuls médicaments anticancéreux et ce afin de prévenir tout risque lié à la traçabilité des molécules.

3. La position du rapporteur général

● Compte tenu des explications formulées par le Gouvernement en séance, le rapporteur général propose à l'Assemblée nationale une adoption de l'article dans la rédaction issue du Sénat.

Il assortit cette proposition d'adoption conforme de plusieurs observations. En premier lieu, il s'interroge sur l'incidence financière de l'extension du champ de cette expérimentation tant en termes de moyens complémentaires nécessaires pour les pharmacies d'usage intérieur qu'au regard des économies liées à la réduction de la consommation médicamenteuse. Au surplus, le rapporteur général relève la nécessité d'améliorer l'information du Parlement sur les modalités d'inscription (liste « en sus », liste dite « ville », liste « intra-GHS ») des molécules anticancéreuses.

Plus spécifiquement sur la question du stock stratégique de l'État, il indique qu'une attention particulière devra être portée à la traduction réglementaire de la mesure afin de prévenir une réduction incontrôlée du stock. Si l'engagement du Gouvernement de restreindre le champ de la cession aux seuls produits excédant les cibles fixées à Santé publique France n'était pas tenu, le rapporteur général se

réservera la possibilité de proposer un encadrement plus contraignant dans le cadre du plus prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

*
* *

Article 33
Améliorer la pénétration des biosimilaires et génériques en ville

Origine de l'article : lettre rectificative n° 1999 au projet de loi (n° 1907) de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Le présent article étend le principe de « tiers payant contre génériques » aux médicaments biosimilaires et « hybrides » substituables. Parallèlement, il accélère 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 ou médicament hybride du groupe. Enfin, il étend l'application du dispositif du tarif de remboursement ajusté aux médicaments biosimilaires à compter du 1er septembre 2026 et supprime l'obligation de mentionner le nom de marque dans l'ordonnance de prescription pour ne conserver que la dénomination commune internationale, soit le nom de la substance active de référence.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution et de l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● La commission des affaires sociales a adopté deux amendements de la rapporteure, Mme Corinne Imbert, dont l'un est de nature rédactionnelle (n° 692). L'autre amendement n° 693 réduit la durée permettant l'inscription dérogatoire des groupes biologiques similaires sur la liste des spécialités substituables : il ouvre la possibilité de substituer des médicaments biosimilaires par arrêté du ministre chargé de la santé, à compter de six mois après l'inscription du produit au remboursement, contre un an en l'état du droit [(1)].

(1) Article L. 5125-23-2 du code de la sécurité sociale, quatrième alinéa dans sa version modifiée par l'article 77 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 qui a réduit de deux à un an le délai à compter duquel l'inscription dérogatoire peut avoir lieu.

En effet, l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique prévoit que le pharmacien « *peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire* » lorsque les conditions suivantes sont remplies :

– le médicament appartient au même groupe biologique similaire ;

– ledit groupe figure sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

– ledit groupe a fait l'objet d'une autorisation de substitution par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au minimum un an après son inscription au remboursement et ce sans que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ne s'y soit préalablement opposée.

En séance publique, ces deux amendements de la commission des affaires sociales ont été adoptés, malgré un avis défavorable du Gouvernement à l'encontre de l'amendement n° 693 au motif qu'une réduction du délai serait de nature à fragiliser l'équilibre issu des lois de financement de la sécurité sociale pour 2024 et pour 2025 qui assurait, d'une part, « la rapidité de déploiement des biosimilaires » et, d'autre part, « l'adhésion des acteurs et l'adaptation des laboratoires » [(1)].

● S'agissant de la mesure dite de « tiers payant contre biosimilaires », l'amendement n° 1631 de suppression de Mme Souyris et de certains de ses collègues du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires a été rejeté par le Sénat, suivant en cela le double avis défavorable de la commission et du Gouvernement, l'un comme l'autre insistant sur l'absence d'effet de la mesure sur la sécurité et la continuité des traitements des patients ainsi que sur le reste à charge final.

● Concernant la dispensation des médicaments, l'amendement n° 1639 de Mme Souyris et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires a été adopté. Il crée un devoir d'information préalable du pharmacien à l'endroit du patient sur le « *médicament délivré* » ainsi que sur « *ses éventuelles différences d'administration et ses effets indésirables potentiels* ». La rapporteure a émis un avis favorable pour « l'esprit » de la disposition qui allait, selon elle, dans le sens d'un renforcement du consentement du patient à la substitution. Toutefois, elle a également souligné un risque « d'alourdir le code », les pharmaciens étant déjà tenus à un devoir d'information du patient. Le Gouvernement a émis un avis défavorable en relevant, d'une part, que l'amendement était déjà satisfait et, d'autre part, que les patients traités par l'administration de médicaments « biosimilaires » bénéficiaient également, dans la plupart des cas, d'un accompagnement renforcé à la prescription au moyen des infirmières d'éducation thérapeutique.

Enfin, l'amendement n° 498 rect. de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains a été adopté avec l'avis favorable de la

---

(1) Déclaration de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, lors de la discussion de l'article 33 en séance publique au Sénat, 24 novembre 2025.

commission et malgré un avis défavorable du Gouvernement. Il crée un droit à la dispensation du même « biosimilaire » à l'occasion du renouvellement de la prescription sauf justification médicale, indisponibilité du produit ou décision contraire du prescripteur [(1)].

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général préconise une adoption du dispositif dans une version ajustée par rapport à celle du Sénat. En effet, après consultation de l'Agence nationale du médicament et des produits de santé, il suggère de maintenir le délai d'un an applicable pour une inscription dérogatoire aux groupes substituables. Une réduction à six mois serait, en toute hypothèse, susceptible de fragiliser les consultations indispensables à l'adhésion des parties prenantes aux politiques de substitution, alors même que la confiance des patients et prescripteurs demeure limitée à ce jour.

Enfin s'agissant des dispositions introduites par les amendements n° 1639 et n° 498 rect., il recommande leur suppression, suivant en cela l'avis formulé par le Gouvernement au Sénat qui insistait sur la dimension superfétatoire des premières et le caractère faiblement opérationnel des secondes.

*
* *

Article 34
Adapter les dispositifs d'accès précoces, d'accès compassionnels et d'accès direct

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Le présent article, dans le texte original du projet de loi, opère une réforme des modalités d'accès dérogatoire aux traitements innovants. Il assure, d'une part, une pérennisation du dispositif expérimental de l'accès direct et, d'autre part, une réforme du périmètre de l'accès précoce pour les spécialités ne bénéficiant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM). Enfin, il précise le cadre dans lequel une autorisation d'accès compassionnel au traitement peut être octroyée et renforce la possibilité pour le Comité économique des produits de santé (Ceps) d'appliquer

(1) Amendement n° 498 rect. Une dispensation différente du médicament doit faire l'objet d'une information du patient et d'une mention dans le dossier pharmaceutique.

des baisses tarifaires en application des articles L. 165-2 et L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Au stade de la commission, le Sénat a accueilli les dispositions de cet article avec une grande réserve. Il a ainsi adopté un amendement n° 694 de la rapporteure, visant à maintenir l'accès précoce post-AMM pour les médicaments n'ayant pas encore reçu d'évaluation de la commission de transparence. Par ailleurs et ce afin de limiter les abus liés à un renouvellement trop régulier de l'accès précoce, la rapporteure a proposé à la commission un amendement n° 699 qui visait à réduire le montant de la prise en charge réalisée au titre de l'accès précoce (« l'indemnité libre ») dès lors que la durée d'accès précoce dépasserait les trois ans. Enfin, les amendements n° 695 et n° 697 de la rapporteure visaient respectivement à restreindre l'application de la prise en charge à titre gracieux des traitements autorisés en accès précoce, d'une part, et à préciser les situations dans lesquelles les obligations de sécurité pouvaient faire obstacle à l'obligation de continuité des traitements, d'autre part.

S'agissant de la mesure de fixation des prix des produits de santé, la commission a adopté l'amendement n° 698, celle-ci ayant estimé que cette mesure aurait des conséquences pour l'attractivité du marché français et sur l'approvisionnement des produits de santé concernés.

● Au stade de la séance, le Gouvernement – tirant les leçons des observations formulées à l'Assemblée nationale et au Sénat en commission – a déposé un amendement n° 1815 de rédaction globale permettant :

– de reconduire pour une période de deux ans l'expérimentation de l'accès direct ;

– de maintenir en l'état du droit les dispositions relatives à l'accès compassionnel et à l'accès précoce ;

– de préserver la mesure visant à élargir la liste des pays retenus pour la tarification des produits de santé ;

Cette dernière disposition a toutefois été supprimée par le sous-amendement n° 1854 de la rapporteure, pour lequel le Gouvernement a émis un avis défavorable. À l'appui de son sous-amendement, Mme Corinne Imbert a insisté sur la faiblesse du niveau des prix des produits de santé français par rapport aux pays européens comparables. En réponse, le Gouvernement, qui n'a toutefois pas été suivi dans son avis par le Sénat, lequel a adopté le sous-amendement, a indiqué que tant de

l'évolution des critères « pays » que des baisses de prix éventuelles feraient l'objet de négociations avec les industriels.

Quoique défavorable au sous-amendement de la rapporteure, le Gouvernement a finalement émis un avis favorable à l'adoption de l'amendement ainsi sous-amendé, suivi en cela par la commission et le Sénat.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général tient, tout d'abord, à remercier le Gouvernement pour l'évolution qu'il a consentie de la réforme des modalités dérogatoires d'accès aux traitements innovants. Il souscrit pleinement à la position défendue par la rapporteure du Sénat selon laquelle la rédaction initiale du texte n'avait pas fait l'objet de concertations suffisantes en amont de son dépôt.

S'agissant des dispositions spécifiques aux baisses de prix des produits de santé, si le rapporteur général partage la préoccupation de son homologue du Sénat quant à l'attractivité du marché français, il retient des échanges menés avec les services du Ceps que le niveau de profitabilité de l'industrie demeure élevé. En outre, il souligne que la suppression de ces dispositions par le Sénat réduit l'effort d'économies de près 113 millions d'euros et jusqu'à 379 millions d'euros en 2028. Dans ce contexte et au regard de la nécessité de rétablir les comptes de la branche maladie, le rapporteur général préconise que l'Assemblée nationale adopte le présent article dans une version différente de celle du Sénat, et ce en rétablissant les dispositions relatives à l'ouverture de la liste des pays retenus pour la tarification des produits de santé.

*

* *

Article 34 bis *(nouveau)*
Renforcement de l'application du critère industriel dans la définition du prix des dispositifs médicaux

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le présent article a été inséré dans le projet de loi à la suite de l'adoption en séance publique de trois amendements identiques n° 170 rect. *ter* de Mme Chantal Deseyne et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, n°305 rect. *ter* de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du même groupe, et n° 1535 rect. *quater* de Mme Patricia Demas et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste. Ils avaient recueilli un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

Le présent article modifie les dispositions de l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale afin de systématiser l'application du critère « industriel » dans la fixation du tarif de responsabilité des dispositifs médicaux. Ce changement de l'état du droit, inspiré par la modification opérée dans le champ du médicament par l'article 75 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, prévoit la prise en compte systématique « *de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites production* » dans le cadre de la négociation tarifaire des seuls dispositifs médicaux inscrits en nom de marque. Au cours des débats, la rapporteure a expressément indiqué les difficultés opérationnelles liées à un élargissement de la mesure aux dispositifs médicaux en ligne générique, à raison même de l'unicité de la base de remboursement applicable à chaque gamme [(1)].

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général souscrit pleinement à la position du Sénat, qui systématise le recours au critère industriel dans les négociations tarifaires conventionnelles. Il préconise une adoption conforme du présent article à l'application duquel il sera particulièrement attentif. À cet égard, il relève que la modification opérée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 n'a pas été pleinement mise en œuvre, avec seulement sept médicaments bénéficiaires d'une pondération de leur tarif du fait de leur implantation.

*
* *

Article 35
Expérimenter le référencement de médicaments thérapeutiquement équivalents

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article donne la possibilité au Gouvernement de mettre en œuvre, dans un cadre expérimental de cinq ans, une procédure de référencement dérogeant aux conditions de fixation des prix prévues par le droit commun. Plus spécifiquement, celle-ci vise à sélectionner plusieurs spécialités appartenant à des groupes de médicaments génériques, hybrides et biosimilaires sur la base de critères financiers,

(1) L'application obligatoire du critère industriel aux dispositifs médicaux en ligne générique en complément du nom de marque avait fait l'objet d'un amendement précédent n° 307 rect. quinquies *de M. Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.*

d'approvisionnement ou relatifs à l'empreinte environnementale associée à leur production. En contrepartie, les molécules d'un même groupe qui n'auraient pas été référencées feront l'objet d'un déremboursement de la part de l'assurance maladie.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté un amendement n° 701 de la commission visant à supprimer l'article, justifiant ce choix au regard des risques de concentration du marché des médicaments référencés et du surcoût consécutif pour l'assurance maladie et pour les patients. En outre, la commission a indiqué que la mesure n'avait visiblement pas donné lieu à des concertations suffisantes à l'instar de la proposition de référencement sélectif envisagée à l'occasion du débat du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 [(1)].

En séance, le Sénat a suivi la position de la commission en adoptant cet amendement de suppression et huit autres amendements identiques, n° 162 rect. *ter* de M. Michel Masset et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen et du groupe Les Républicains, n° 199 rect. de Mme Anne-Sophie Romagny et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, n° 308 rect. *ter* de M. Alain Milon et de certains de ses collègues du groupe Les Républicains, l'amendement n° 405 rect *bis* de Mme Florence Lassarade et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste, n° 1265 rect. *bis* de M. Daniel Chasseing et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants - République et Territoires, n° 1294 rect. *bis* de M. Jean Sol et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, n° 1441 de M. Khalifé Khalifé (groupe Les Républicains) et n° 1727 de Mme Émilienne Poumirol et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général avait également déposé en séance publique un amendement de suppression, qui n'avait pu être discuté compte tenu de l'application des dispositions de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution. Il tient toutefois à préciser qu'il n'oppose pas un refus de principe à la pratique du référencement mais bien à cette disposition précise qui ne propose, en l'état, aucune garantie quant au caractère concurrentiel de la procédure d'appel d'offres. Il déplore l'absence d'évolution de la position du Gouvernement en dépit des propositions qu'il avait pu formuler sur ce point et préconise, par conséquent, à l'Assemblée nationale de maintenir la suppression du présent article.

---

(1) Rapport n° 131 (2025-2026) fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, dont le Sénat est saisi en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution pour 2026, par Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, 15 novembre 2025, tome II, p. 403, enregistré à la présidence du Sénat le 15 novembre 2025.

*
* *

Article 35 bis *(nouveau)*
Adaptation de la période prise en compte pour le calcul du niveau du stock de sécurité des spécialités substituables

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le présent article a été inséré en séance par l'adoption de l'amendement n° 317 rect. *bis* de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains. Il modifie les dispositions de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique afin d'adapter la période prise en compte pour le calcul des stocks de sécurité dans l'hypothèse où une substitution de la molécule par un médicament générique, hybride ou biosimilaire du même groupe serait possible. Dans ce cas, la modification de l'article L 5121-1 prévoit un ajustement de la période de référence à partir de laquelle le « *calcul des besoins de l'ensemble des produits concernés* » et, en dernière instance, le niveau du stock de sécurité est déterminé. En l'état de la rédaction issue du Sénat, la période de référence, fixée aux douze derniers mois glissants dans le droit commun, serait réduite au dernier trimestre écoulé pour tous les médicaments substituables.

L'adoption de cet amendement portant article additionnel a donné lieu à un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement qui a relevé, d'une part, la souplesse du régime existant de sanctions pour manquements relatifs au niveau du stock de sécurité et, d'autre part, la faculté pour le Gouvernement de modifier, par voie réglementaire, les seuils de stockage.

2. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général partage l'avis du Gouvernement et proposera à l'Assemblée nationale la suppression de cet article. En effet, la logique préventive qui gouverne à la constitution des stocks de sécurité pourrait se trouver fragilisée par une disposition qui vise à permettre, en définitive, une diminution du niveau de stock de sécurité pour les médicaments substituables, quand bien même ceux-ci appartiendraient à la catégorie des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM). Enfin, il tient à rappeler que la concentration, notamment géographique, des fournisseurs de médicaments génériques ou hybrides n'est pas de nature à écarter un risque de pénurie. L'argument selon lequel la possibilité de substituer un médicament justifierait une diminution du niveau de stockage ne lui semble donc pas, en première approche, recevable.

*
* *

Article 36
Réforme de la tarification des établissements et services qui accompagnent des enfants et des jeunes handicapés (Serafin-PH)

Origine de l'article : projet de loi.
Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 36 met en œuvre la première étape de la réforme de la tarification des établissements et services accompagnant des personnes handicapées, dite « Serafin-PH », en commençant par les établissements et services pour enfants et jeunes adultes handicapés.

De nouvelles modalités de tarification sont ainsi prévues, à travers 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. Son montant peut également être modulé 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.

L'entrée en vigueur de ces dispositions est prévue au 1er janvier 2027. Un régime transitoire de tarification des établissements et services concernés est organisé afin de favoriser une convergence tarifaire progressive. Pendant au maximum huit ans, la part principale de la dotation globale de fonctionnement sera fixée, chaque année, selon une formule de modulation tenant compte du montant de cette part principale versé l'année précédente et du montant de la part principale tel qu'il résulterait de l'application complète du nouveau régime de tarification.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté l'article 36 modifié par un amendement rédactionnel de la commission.

3. La position du rapporteur

Le rapporteur thématique s'inquiète de la réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées proposée à l'article 36. 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, cette démarche 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 demeure en outre particulièrement opaque. Les conditions du modèle de tarification (c'est-à-dire le prix alloué à chaque service ou prestation) sont renvoyées à la voie réglementaire, interdisant ici de se positionner politiquement sur ses conséquences prévisionnelles, sinon par principe de précaution en contre.

*

* *

Article 36 bis *(nouveau)*

Créer une obligation de renseignement des données dans les services numériques en santé et réformer le régime des sanctions financières applicables aux établissements et services médico-sociaux

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article résulte d'un amendement n° 1856 du Gouvernement, ayant fiat l'objet d'un sous-amendement de la commission (n° 1876), qui lui a donné un avis favorable.

● En premier lieu, le **1**° du **I** de l'article 36 *bis* crée une obligation pour différentes catégories d'établissements et services médico-sociaux [(1)] de renseigner les données nécessaires à l'utilisation d'une liste de services numériques en santé fixée par voie réglementaire. Selon l'exposé sommaire de l'amendement du Gouvernement, il s'agit notamment du répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement social et médico-social (ROR), qui recense l'ensemble de l'offre sanitaire et médico-sociale du territoire, et de l'outil Via Trajectoire, qui facilite l'orientation des usagers du secteur sanitaire et médico-social grâce à un annuaire, à une aide à l'orientation, à un observatoire des orientations, et à un dossier d'admission standardisé.

Le **4**° du **I** de l'article 36 *bis* insère, dans le code de l'action sociale et des familles un nouvel article L. 314-14-1 qui prévoit une amende administrative d'un montant maximal de 5 000 euros pour les personnes physiques ou morales gestionnaires d'un établissement ou service qui manqueraient à cette obligation de renseignement des données dans les services numériques en santé. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est chargée de constater ces manquements. Ce n'est qu'après une mise en demeure, et seulement si les manquements demeurent caractérisés, que cette amendement est prononcée. Son montant doit tenir compte du caractère réitéré de ces manquements.

Les sommes recouvrées au titre de cette amende administrative sont versées au Trésor public, ou à la CNSA lorsque l'établissement ou le service concerné relève de l'objectif global de dépense de la branche autonomie. Cette amende administrative relève du régime des créances de l'État étrangères à l'impôt ou au domaine.

● En second lieu, le **2**° et le **3**° du I de l'article 36 *bis* organisent un régime de récupération des sommes indûment perçues par les établissements et services

(1) Il s'agit des établissements et services accompagnant des enfants et des jeunes adultes handicapés, des centres d'action médico-sociale précoce (Camsp), des établissements ou services d'accompagnement par le travail (Esat) ou de réadaptation professionnelle, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et des établissements et services pour adultes handicapés.

médico-sociaux et de sanctions financières en cas de fausse déclaration des données relatives à leurs usagers en vue d'accroître leurs ressources.

Le **2**° modifie l'article L. 313-14-2 du code de l'action sociale et des familles afin de permettre à l'autorité de tarification de demander la récupération de produits de tarification indûment perçus.

Le **3**° crée, au sein du code de l'action sociale et des familles un nouvel article L. 313-14-4 qui permet à l'autorité de tarification, en parallèle de la récupération des produits indûment perçus, de sanctionner la personne physique ou morale gestionnaire lorsqu'elle constate un manquement délibéré ou une manœuvre frauduleuse dans la communication des données nécessaires à la détermination du montant des financements dont bénéficie l'établissement, en vue d'en obtenir indûment le rehaussement. Le montant maximal de cette sanction financière correspond à 25 % de l'écart constaté entre le montant du financement perçu suite à la transmission des données erronées ou frauduleuses et le montant du financement que l'établissement aurait dû percevoir en l'absence d'erreur délibérée ou de manœuvre frauduleuse. Ce taux tient compte du caractère réitéré du manquement ou des manœuvres. Cette sanction n'est pas cumulable avec la sanction financière dont peut faire l'objet le gestionnaire d'un établissement ou service dont les conditions de fonctionnement et d'organisation méconnaissent les dispositions du code de l'action sociale et des familles ou présentent des risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées ou le respect de leurs droits [(1)].

Avant le prononcé de cette sanction financière, la personne gestionnaire peut présenter ses observations écrites ou orales dans un délai de trente jours suivant la notification, par l'autorité de tarification, des manquements et des faits susceptibles de justifier le prononcé d'une sanction. Pour les Ehpad, en cas de désaccord entre la personne gestionnaire et l'autorité de tarification sur le niveau de perte d'autonomie ou les besoins en soins requis des résidents, la commission régionale de coordination médicale est consultée. Le cas échéant, la motivation de la décision de sanction indique les raisons pour lesquelles l'autorité de tarification ne suit pas l'avis de cette commission.

Le contrôle de la régularité des données et le prononcé d'une sanction peuvent intervenir dans un délai de cinq ans à compter de leur transmission. Leur validation initiale par l'autorité de tarification ne fait obstacle ni à ce contrôle, ni à cette sanction.

● À l'initiative de la commission, le Sénat a adopté un sous-amendement ayant reçu l'avis favorable du Gouvernement, qui reporte l'entrée en vigueur de l'obligation de renseigner les données exigées par les services numériques en santé et des sanctions prévues aux **3**° et aux **4**° du **I** au 1er janvier 2028.

---

(1) Celle-ci est prévue à l'article L. 313-14 du code de l'action sociale et des familles.

2. La position du rapporteur

Le rapporteur s'interroge sur l'angle répressif retenu par l'article afin d'obtenir la coopération des soignants et le renseignement des données exigées par les services numériques en santé, réduit à une panoplie de sanctions financières, plutôt que de partir de leurs besoins et, peut-être, des obstacles qu'ils expérimentent au quotidien.

L'exposé sommaire de l'amendement n° 1856 du Gouvernement voté par le Sénat justifiait cette mesure par « les défauts constatés dans le remplissage de ces outils [qui] affectent la qualité du pilotage de l'offre médico-sociale par les agences régionales de santé et les conseils départementaux ». Or, le rapporteur s'étonne que les services numériques en santé soient la seule source de récupération des données par les autorités de tarification.

Enfin, la rédaction de l'article 36 *bis* tel que rédigé comporte de nombreuses imprécisions. Aussi, le rapporteur conditionne son soutien à l'adoption de l'article à sa réécriture.

*

* *

Article 36 ter *(nouveau)*
Sécuriser le régime d'autorisation des établissements et services médico-sociaux à caractère expérimental

Origine de l'article : article introduit par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article résulte d'un amendement de Mme Monique Lubin et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain (n° 1739 rect.) qui a reçu un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

● L'article 36 *ter* réforme le régime d'autorisation des établissements et services médico-sociaux à caractère expérimental.

L'article L. 313-7 du code de l'action sociale et des familles prévoit en effet que ces derniers sont autorisés pour une durée maximale de cinq ans, renouvelable une fois lorsque leurs résultats font l'objet d'une évaluation positive. Au terme de cette autorisation renouvelée, et à condition d'avoir reçu une nouvelle évaluation positive, l'établissement ou le service relève alors de l'autorisation de droit commun, prévue à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, dont la durée est de quinze ans. La difficulté à laquelle entend répondre l'article 36 *ter* tient à ce que pour bénéficier de l'autorisation de droit commun, l'établissement ou le service expérimental doit relever d'une des catégories d'établissements et

services médico-sociaux de droit commun. Or, par définition, un établissement expérimental ne remplit pas les conditions nécessaires pour relever de l'une de ces catégories.

Dès lors, l'article 36 *ter* réécrit l'article L. 313-7 du code de l'action sociale et des familles pour modifier ce régime d'autorisation. Ainsi, après une première autorisation attribuée pour une durée maximale de cinq ans, et sous réserve d'une évaluation positive, ces établissements et services pourront bénéficier d'une autorisation renouvelée d'une durée maximale de dix ans. Enfin, à l'issue de cette période expérimentale d'une durée totale de quinze ans, et à nouveau sous réserve d'une nouvelle évaluation positive, l'établissement ou le service pourra alors être autorisé selon la même procédure, et pour la durée prévue à l'article L. 313-1, soit quinze ans.

Ces nouvelles dispositions permettront aux établissements et services concernés de conserver leur caractère expérimental, tout en alignant leur régime d'autorisation sur le droit commun, afin de pérenniser leur existence.

2. La position du rapporteur

Le rapporteur soutient cet article qui permet de pérenniser des initiatives positives sur l'ensemble du territoire, et de contribuer à la transformation de l'offre médico-sociale. En effet, les établissements et services médico-sociaux expérimentaux sont indispensables à la mise en place de politiques de l'autonomie ambitieuses, qui permettront de se détacher des modèles actuels d'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, afin de favoriser l'émancipation des publics et non l'organisation de leur dépendance.

*
* *

Article 37
Contribution à la prise en charge du coût de l'accord du 4 juin 2024 par les départements

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 37 prévoit le versement aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie d'une contribution annuelle de 85 millions d'euros 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.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté, contre l'avis du Gouvernement, plusieurs amendements identiques n° 704 de la commission, n° 350 rect. *bis* de M. Hervé Reynaud et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, n°423 rect. *quater* de M. Jean-Yves Roux et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, n° 378 rect. *bis* de Mme Annick Jacquemet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste et n° 445 rect. *quinquies* de Mme Jocelyne Antoine et plusieurs de ses collègues des groupes Union Centriste, Les Républicains et Les Indépendants - République et Territoires, visant à préciser les modalités de répartition de l'enveloppe de 85 millions d'euros entre les départements. Dans sa rédaction initiale, l'article 37 prévoyait en effet que cette répartition tient compte du nombre de places dans les établissements et services médico-sociaux de chaque département. Dans la rédaction résultant de l'examen au Sénat, la répartition prend désormais en compte le nombre de personnels concernés par les mesures de revalorisations salariales que cette enveloppe entend compenser.

Le Gouvernement s'est opposé à cette modification pour deux raisons : d'une part, les services du ministère ne dispose pas des données relatives au nombre de personnels concernés dans chaque département ; d'autre part, l'enveloppe ayant déjà été répartie entre les départements, une telle modification de la clef de répartition impliquerait la réallocation des moyens entre eux.

● Le Sénat a également adopté un amendement rédactionnel n° 703 de la commission.

3. La position du rapporteur

Le rapporteur se satisfait de la contribution de la CNSA au financement des revalorisations salariales du Ségur pour tous 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. De plus, il approuve la nouvelle rédaction de l'article proposée par le Sénat qui propose une répartition plus pertinente de l'enveloppe, en tenant compte du nombre de personnels concernés par les mesures de revalorisations salariales plutôt que du nombre de places dans les établissements et services où ils travaillent. Il souligne néanmoins l'insuffisance des moyens ainsi 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 de la santé, 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 1er 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 ;

– 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 37 bis *(nouveau)*
Préciser le périmètre du coefficient géographique appliqué pour le calcul du concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements et régions d'outre-mer

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article résulte d'un amendement n° 21 rect. de Mme Viviane Malet et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ayant recueilli un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

● L'article 37 *bis* modifie le périmètre du coefficient géographique appliqué dans les départements et régions ultramarins pour le calcul du concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a réformé les modalités de calcul du concours versé par la CNSA aux départements au titre du financement de l'APA. L'article L. 223-11 du code de la sécurité sociale indique que ce calcul prend en compte :

– les **dépenses réalisées par chaque département en 2025** ;

– le **taux de couverture pour l'année 2024**, soit le rapport entre la somme de certains concours perçus en 2024 [(1)] et le montant des dépenses réalisées par les départements en 2024 au titre de l'APA ;

– le cas échéant, un **coefficient géographique** applicable au taux de couverture afin de tenir compte de facteurs notamment économiques, sociaux et démographiques des départements et régions d'outre-mer.

Le présent article précise que ce coefficient géographique prend en compte « *l'impact de la faiblesse des revenus des bénéficiaires sur la capacité des collectivités* [concernées] *à financer la charge additionnelle qui en résulte* ». L'APA est en effet une prestation dont le montant varie en fonction des ressources du bénéficiaire : plus celles-ci sont importantes, plus le reste à charge l'est également. À l'inverse, lorsque les ressources mensuelles du bénéficiaire sont inférieures à 918,28 euros, ce dernier ne connaît aucun reste à charge. Dès lors, dans les territoires ultramarins, où le niveau de vie des habitants est structurellement plus faible que sur le territoire hexagonal, les dépenses d'APA par bénéficiaire y sont également plus élevées.

La modulation du coefficient géographique en fonction de ce paramètre proposée par l'article 37 *bis* vise à répondre à cette situation, en rehaussant le montant du concours versé par la CNSA à ces départements et régions en lien avec les dépenses supplémentaires qu'ils sont amenés à prendre en charge.

2. La position du rapporteur

Le rapporteur se félicite de la création de l'article 37 *bis* par le Sénat, qui permettra d'apporter un soutien renforcé aux départements et régions d'outre-mer pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie. En effet, nos concitoyens ultramarins subissent de plein fouet la vie chère, conséquence des spéculations de l'industrie agro-alimentaire et de la grande distribution. Le coût de la vie y est particulièrement élevé, notamment les prix de l'alimentation qui sont en moyenne 40 % plus élevés qu'en métropole. De plus, les territoires d'outre-mer connaissent des taux de pauvreté colossaux : 77 % de la population de Mayotte, 52 % des habitants de Guyane, 36 % des habitants de la Réunion, 34 % des habitants de la Guadeloupe et 26 % des habitants de la Martinique vivent sous le seuil de pauvreté, contre 14% dans la France entière.

*

* *

(1) Il s'agit des concours perçus au titre de l'APA, des revalorisations salariales intervenues dans le cadre du Ségur de la santé, de la dotation dite « qualité » pour les services à domicile, et du complément de financement versé en 2024.

Article 38

Déduire les indemnisations versées par les assurances et les fonds d'indemnisation de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 38 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.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté les amendements de suppression n° 705 de la commission, n° 148 rect. *quater* de Mme Jocelyne Guidez et plusieurs de ses collègues des groupes Union Centriste, Les Républicains et Les Indépendants - République et Territoires, n° 417 rect. *bis* de M. Ahmed Laouedj et des membres du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, n° 946 de Mme Raymonde Poncet Monge et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, n° 1217 de Mme Céline Brulin et des membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky et n° 1747 de Mme Corinne Féret et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

3. La position du rapporteur

Le rapporteur 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 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 anti-redistributif.

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Le présent article harmonise la fixation des modalités de diagnostic des maladies professionnelles au titre de la « procédure principale » et en simplifie la reconnaissance dans le champ de la « procédure complémentaire ».

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

En séance, le Sénat a adopté une série de trois amendements préalablement adoptés en commission.

L'amendement n° 706 de la commission des affaires sociales visait à soumettre à avis des partenaires sociaux le décret en Conseil d'État déterminant les modalités générales d'établissement du diagnostic des maladies professionnelles « inscrites au tableau ». Le Gouvernement a émis un avis de sagesse indiquant que les partenaires sociaux seraient également consultés dans le cadre des travaux menés par le conseil d'orientation des conditions de travail.

L'amendement n° 707 de la commission a précisé que « *les modalités générales d'établissement du diagnostic* » des maladies professionnelles devaient, de façon impérative, tenir compte des données acquises par la science. Cet ajout a fait l'objet d'un avis favorable du Gouvernement.

Enfin, l'amendement n° 708 de la commission, pour lequel le Gouvernement a émis un avis favorable, a permis de restreindre la réforme de la procédure d'examen des maladies professionnelles dites « alinéa 6 » aux seules maladies pour lesquelles le critère de délai de prise en charge n'était pas rempli. Cet ajustement par rapport à la version initiale du texte s'inscrit, selon le Gouvernement, dans un souci d'équilibre entre qualité de la prise en charge de la demande de reconnaissance et célérité de sa mise en œuvre.

3. La position du rapporteur

Le rapporteur préconise à l'Assemblée nationale l'adoption conforme du présent article.

*

* *

Article 39 bis *(nouveau)*

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

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le présent article est issu de l'adoption en séance d'un amendement n° 540 rect. *bis* de Mme Guylène Pantel et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, qui a reçu un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement. L'article élargit les missions dévolues au fonds d'investissement pour la prévention de l'usure professionnelle (Fipu), lui-même créé par l'article 17 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 (1). En l'état du droit, le Fipu finance des actions de prévention de l'apparition des risques ergonomiques. Sa gestion a été confiée, par disposition de la loi, à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de l'assurance maladie (2).

Les dispositions introduites par le présent article incluent les « *agents chimiques dangereux, y compris les poussières et les fumées* » dans les facteurs de risque professionnels considérés dans l'attribution des financements du Fipu. Le Gouvernement a insisté sur les risques de détournement de l'esprit initial du Fipu – créé aux fins de prévention des risques ergonomiques – que comportait

(1) 75 % des fonds du Fipu pour un total de 150 millions d'euros sont dédiés au financement d'aides directes aux entreprises. Source : Rapport n° 2057 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, pp. 555-556, 1er novembre 2025.

(2) Article L. 221-1-5 du code de la sécurité sociale.

l'extension prévue par l'amendement. Au demeurant, il a indiqué que le risque chimique était « *particulièrement complexe à évaluer* » [(1)] et qu'une tentative d'identification des métiers exposés au risque chimique dans le cadre de son intégration au compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) s'était heurtée à d'importantes difficultés opérationnelles.

2. La position du rapporteur

Le rapporteur est favorable aux dispositions du présent article et propose son adoption dans les mêmes termes par l'Assemblée nationale. Il rappelle, en ce sens, la trajectoire haussière du Fipu, qui devrait être doté de 1 milliard d'euros à horizon 2027. Dans ce contexte, il estime que la crainte d'une sous-dotation des actions de prévention des risques ergonomiques peut être écartée.

Enfin, le rapporteur relève que le déploiement d'outils comme l'interface « risques chimiques pros » par la direction des risques professionnels de l'assurance maladie améliore la connaissance disponible du risque chimique, ouvrant la voie à une définition plus précise de celui-ci.

*

* *

Article 39 ter *(nouveau)*
Report de la mise en œuvre de la réforme de l'incapacité permanente fonctionnelle

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article résulte d'un amendement n° 1360 rect. de Mme Solanges Nadille et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants. Il a fait l'objet d'un sous-amendement de la rapporteure de la commission pour lequel le Gouvernement a émis un avis de sagesse avant d'exprimer un avis favorable à l'adoption de l'amendement ainsi sous-amendé.

Le **I** prévoit un décalage de l'application de la réforme de l'incapacité professionnelle permanente prévue par l'article 90 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025. En l'état du droit, la réforme devait entrer en vigueur au 1er juin 2026. L'amendement de Mme°Nadille, avant adoption du sous-amendement de la commission, en décalait la mise en œuvre au 1er janvier 2027. Dans un souci d'équilibre, le Sénat a adopté un décalage de cinq mois, soit au 1er novembre 2026.

---

(1) Déclaration du ministre du travail et des solidarités lors de la discussion de l'amendement n° 540 rect. bis *en séance publique au Sénat, 24 novembre 2025.*

Les **II** et **III** assurent des coordinations juridiques vis-à-vis de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale.

2. La position du rapporteur

● Le rapporteur, conscient des difficultés de mise en œuvre de cette réforme, reste néanmoins attaché à l'efficacité du travail législatif. La disposition a été adoptée le 28 février 2025 dans le cadre de la dernière LFSS et il est légitime et souhaitable pour les assurés que son entrée en vigueur intervienne au 1er juin 2026 soit plus de quinze mois après son entrée en vigueur. Il préconise, par conséquent, le rejet du présent article.

*

* *

Article 40

Étendre le bénéfice du capital décès aux ayants droit des non-salariés agricoles décédés à compter du 1er janvier 2026 à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Le présent article 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.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

En séance, le Sénat a adopté deux amendements identiques n° 1837 *rect.* de la commission et n° 1858 du Gouvernement. Ce dernier a, en effet, « couvert » l'amendement de la rapporteure qui, en l'absence de dépôt d'un amendement identique du Gouvernement, aurait été déclaré irrecevable au regard des dispositions de l'article 40 de la Constitution.

Sur le fond, les deux amendements visent à élargir le bénéfice du capital décès aux ayants droit des non-salariés agricoles décédés titulaires « *de l'une des prestations d'invalidité mentionnées à l'article L. 732-8 ou d'une rente mentionnée*

à l'article L. 752-6 associée à un taux d'incapacité permanente supérieur à un taux fixé par décret » et affiliés depuis une durée minimale définie par voie réglementaire.

3. La position du rapporteur

Le rapporteur préconise une adoption conforme du présent article à l'Assemblée nationale dont le surcoût, estimé à 100 000 euros par an par rapport à la version déposée du texte, lui semble tout à fait acceptable.

*
* *

Article 41
Optimiser le recouvrement des pensions alimentaires

Origine de l'article : projet de loi.
Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 41 harmonise les délais applicables aux procédures de recouvrement des pensions alimentaires. Ainsi, 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.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté deux amendements rédactionnels n° 709 et n° 710 de la commission.

3. La position de la rapporteure

La rapporteure soutient le dispositif de l'article 41 dans sa rédaction résultant du Sénat, qui permettra de faciliter le recouvrement des pensions alimentaires impayées.

*
* *

Article 42
Créer un congé supplémentaire de naissance

Origine de l'article : projet de loi.
Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 42 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, ce congé est 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.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu, outre plusieurs amendements rédactionnels :

– deux amendements identiques n° 1611 de Mme Sarah Legrain et plusieurs de ses collègues des groupes La France insoumise -Nouveau Front Populaire, Socialistes et apparentés, Écologiste et Social et Gauche Démocrate et Républicaine et n° 1442 de Mme Delphine Lingemann et plusieurs de ses collègues des groupes Les Démocrates, Droite Républicaine, Ensemble pour la République, Horizons & Indépendants et Liberté, Indépendants, Outre-mer et Territoires, permettant le **fractionnement du congé de naissance par périodes d'un mois** et obligeant les parents à prendre au moins un mois de ce congé **de manière non simultanée** et en dehors de la période du congé de maternité ;

– un amendement n° 1611 de Mme Sarah Legrain et des membres du groupe La France insoumise -Nouveau Front Populaire avançant la date d'entrée en vigueur du dispositif du 1er juillet 2027 au **1er janvier 2026**.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté plusieurs amendements rédactionnels de la commission (n° 1838, 1839 et 1840 rect. *bis*), un amendement de coordination de la commission (n° 711) et deux amendements identiques de coordination de la commission et du Gouvernement (n° 712 et 1381).

Le Sénat a également adopté un amendement de Mme Patricia Demas et plusieurs de ses collègues membres des groupes Les Républicains et Union Centriste (n°1538 rect. *ter*) ayant reçu un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement.

Cet amendement :

– revient sur la rédaction résultant de l'examen à l'Assemblée nationale **en supprimant la possibilité de fractionner le congé supplémentaire de naissance** ;

– précise que le congé supplémentaire de naissance est pris à la suite du congé de maternité, de paternité ou d'adoption, ou après une période de reprise du travail, et **avant la fin du neuvième mois de l'enfant**.

Le Sénat a enfin adopté, avec l'avis de sagesse du Gouvernement, un amendement de la commission (n° 714) visant à reporter l'entrée en vigueur du dispositif au **1er janvier 2027**.

3. La position de la rapporteure

La rapporteure se réjouit de l'adoption, par le Sénat, de l'article 42 relatif au congé supplémentaire de naissance mais émet toutefois quelques réserves sur les modifications apportées à l'Assemblée nationale, puis au Sénat.

● Concernant le fractionnement du congé de naissance, la rapporteure estime qu'une plus grande souplesse paraît souhaitable afin d'inciter les parents à recourir au dispositif. Elle avait par ailleurs proposé, lors de l'examen à l'Assemblée nationale, un travail sur la non simultanéité des congés pris par les deux parents, afin d'encourager les pères à être plus présents, seuls, avec leurs jeunes enfants, dans un objectif d'égalité entre les femmes et les hommes. La rédaction issue de l'examen de l'article 42 à l'Assemblée nationale lui paraissait néanmoins trop contraignante et rendait impossible la simultanéité avec le congé de maternité.

S'agissant des modifications apportées par le Sénat, la rapporteure regrette, d'une part, que le Sénat rétablisse le congé de naissance dans sa version non fractionnable d'origine. Elle considère que cet arbitrage fragilise l'appropriation du dispositif par les pères, et invite l'Assemblée nationale à débattre à nouveau de cette question lors de la nouvelle lecture. Par ailleurs, si la précision relative au délai de neuf mois à compter de la naissance de l'enfant dans lequel le congé doit être pris peut, au premier abord, paraître pertinente pour sécuriser le dispositif, elle risque d'être source de rigidité pour les salariés dont les entreprises proposent, dans le cadre d'une convention collective ou d'un accord de branche, des congés de maternité ou de paternité plus longs.

● Concernant la date d'entrée en vigueur, la rapporteure souhaite que le congé supplémentaire de naissance soit accessible aux jeunes parents le plus tôt possible. Elle souligne toutefois qu'il est difficile d'ignorer les contraintes techniques qui s'imposent aux organismes de sécurité sociale. Aussi, elle estime que le compromis proposé au Sénat, avec une entrée en vigueur au 1er janvier 2027, est susceptible de permettre l'accélération des opérations techniques préalables à l'ouverture du droit, sans pour autant prévoir, dans la loi, une date de mise en œuvre qu'il est manifestement impossible de respecter.

*
* *

Article 42 bis *(nouveau)*
Inclure dans la protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité les frais médicaux engagés pour l'ensemble des soins réalisés auprès des nouveau-nés pendant leur séjour à la maternité

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article résulte de deux amendements identiques n° 411 rect. de Mme Florence Lassarade et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste et n° 779 rect. de Mme Annie Le Houerou et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, ayant fait l'objet d'un avis favorable de la commission et d'une demande de retrait de la part du Gouvernement.

● L'article 42 *bis* modifie l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale, relatif à la protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité. Il ajoute à la liste des actes et prestations couverts par cette protection les frais médicaux engagés pour l'ensemble des soins réalisés auprès des nouveau-nés pendant leur séjour à la maternité.

Or, **le droit existant prévoit déjà la prise en charge intégrale des soins apportés aux nouveau-nés à la maternité**. L'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale prévoit ainsi que « *la protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre l'ensemble des 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, intervenant au cours d'une période définie par décret* » ainsi que les frais des examens obligatoires de l'enfant réalisés jusqu'à la fin de cette même période. En application de l'article D. 160-3 du code de la sécurité sociale, cette période débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine **douze jours après l'accouchement**.

En outre, l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale prévoit qu'**au cours des trente premiers jours qui suivent sa naissance, l'hospitalisation d'un nouveau-né ainsi que les soins de toute nature qui lui sont dispensés dans un établissement de santé sont intégralement pris en charge par la sécurité sociale**.

● La difficulté soulevée par les sénatrices à l'origine de cet article tiendrait ainsi non pas à des difficultés de prise en charge des frais de santé pour les familles, mais à des difficultés de paiement auxquelles feraient face les professionnels de santé en lien avec l'affiliation de l'enfant à la sécurité sociale. En effet, au cours de

la période de douze jours suivant l'accouchement, la facturation des actes est attribuée au numéro de sécurité sociale (NIR) de la mère, et leur financement découle de l'assurance maternité. En parallèle, l'enfant se voit attribuer, par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), un numéro de sécurité sociale suite à la déclaration de naissance effectuée auprès de l'état civil dans un délai de cinq jours suivant l'accouchement. Dès réception de ce numéro, les parents peuvent déclarer leur nouveau-né à leur caisse primaire d'assurance maladie de rattachement. Une fois l'affiliation réalisée, le parent peut mettre à jour sa carte Vitale et obtenir sans délai la prise en charge et le remboursement des soins de l'enfant.

Les sénatrices mettent en avant des retards d'affiliation qui entraîneraient des difficultés pour les professionnels de santé à obtenir le paiement des actes de soins réalisés. Pour y répondre, l'article 42 *bis* entend attribuer à l'assurance maternité la prise en charge intégrale des frais d'hospitalisation ou des soins apportés à un nouveau-né dans un établissement de santé **pendant trente jours**.

2. La position de la rapporteure

La rapporteure proposera la suppression de l'article 42 *bis*.

● D'une part, après avoir interrogé les services du ministère de la santé, elle relève que, selon la Caisse nationale de l'assurance maladie, les retards d'affiliation sont des situations ponctuelles très rares. Les éventuelles difficultés en résultant pour les professionnels de santé n'avaient, à ce titre, jamais été remontées à un niveau national. Ainsi, avant d'y apporter une réponse législative, il conviendrait d'objectiver l'ampleur de ces situations, ainsi que leurs causes et conséquences afin d'y apporter une réponse appropriée.

● D'autre part, la solution proposée par l'article 42 *bis* n'est pas adaptée. En effet, cet article n'aurait pas pour effet de simplifier les règles de prise en charge des frais d'hospitalisation pour les assurés ou les professionnels de santé. Au contraire, il est susceptible de retarder davantage l'affiliation des nouveau-nés à la sécurité sociale, et pourrait également générer une distorsion délétère par rapport aux soins réalisés en ville, auxquels la règle des douze jours continuerait de s'appliquer. Ainsi, les frais d'hospitalisation d'un nourrisson le vingtième jour suivant sa naissance seraient facturés au numéro de sécurité sociale de la mère et pris en charge par l'assurance maternité, là où une visite chez le pédiatre le même vingtième jour serait facturée au numéro de sécurité sociale de l'enfant et prise en charge par l'assurance maladie. Les effets de bord d'une telle évolution n'étant pas évalués, la rapporteure ne peut souscrire à la mesure proposée à l'article 42 *bis*.

Si l'ampleur des difficultés de paiement évoquées par les sénatrices à l'origine de cet article le justifie, la rapporteure estime qu'un travail sur la rapidité de l'affiliation sera la voie la plus appropriée pour y répondre.

*
* *

Article 42 ter *(nouveau)*
Maintenir la majoration pour âge des allocations familiales à 14 ans

Origine de l'article : article introduit par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article résulte d'un amendement n° 1843 de la commission adopté contre l'avis du Gouvernement.

● Il précise à l'article L. 521-3 du code de la sécurité sociale que le droit à la majoration pour âge des allocations familiales est ouvert pour chacun des enfants âgés de 14 ans ou plus.

Cet article vise à empêcher le Gouvernement de décaler, par voie réglementaire, l'âge à partir duquel ce droit à majoration est ouvert de 14 à 18 ans, comme le prévoyait le projet de loi de financement de la sécurité sociale lors de son dépôt, en première lecture, sur le bureau de l'Assemblée nationale. Le rapport annexé faisait ainsi état d'une économie de 0,2 milliard d'euros en 2026, celle-ci devant monter en charge à horizon 2029.

2. La position de la rapporteure

La rapporteure exprime ses réserves sur l'article 42 *ter*.

En premier lieu, elle s'interroge sur la recevabilité financière de l'amendement ayant créé cet article, dans la mesure où des amendements identiques ont été déclarés irrecevables à l'Assemblée nationale au motif qu'ils constituaient une charge pour les finances publiques.

En second lieu, et sur le fond du dispositif, la rapporteure relève que selon une étude publiée en 2023 par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), « *il n'apparaît pas de seuil d'âge à partir duquel un enfant entraînerait plus de dépenses ou diminuerait davantage le sentiment d'aisance financière des familles* ». La même étude indiquait : « *s'il faut choisir un seuil, celui de 18 ans paraît aujourd'hui également pertinent* [...], *d'autant plus qu'il correspond à la majorité et à l'entrée éventuelle dans l'enseignement supérieur* » [(1)]. Au regard de ces éléments, la rapporteure estime que

([1]) Drees, « Comment mieux prendre en compte la diversité des familles dans les échelles d'équivalence ? Une analyse du coût de l'enfant à travers la consommation et le niveau de vie ressenti des familles, d'après l'enquête Budget de famille 2017 », Les dossiers de la Drees*, n° 108, mars 2023.*

le décalage de l'âge ouvrant droit à la majoration envisagé par le Gouvernement s'appuie sur une analyse robuste du dispositif.

Elle tient également à souligner que, contrairement à ce qui pourrait être avancé lors des débats, aucune famille percevant actuellement des allocations familiales majorées pour des enfants âgés de 14 ans ou plus ne serait pénalisée dans ses droits par le projet initial du Gouvernement, dans la mesure où le rapport annexé précise explicitement que la suppression ne s'appliquerait qu'en flux pour les nouveaux enfants concernés. De même, la rapporteure souligne que les enfants uniques âgés de plus de 14 ans sont déjà exclus de ces prestations. À cet égard, la rapporteure plaide, de longue date, pour une réforme globale du système français des allocations familiales, afin de le rendre plus juste et plus lisible. Il s'agirait en effet, plutôt que de supprimer un dispositif de façon isolée, de réinterroger la pertinence des prestations ajoutées au fil des années en fonction de l'âge de l'enfant, de sa place dans la fratrie, ou encore du revenu des parents.

*

* *

Article 42 quater *(nouveau)*

Exclure certaines indemnités du calcul du plafond horaire de rémunération conditionnant le bénéfice du complément de libre choix du mode de garde

Origine de l'article : article introduit par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article résulte de l'adoption de deux amendements identiques du Gouvernement (n° 1379) et de la commission (n° 1842).

● Il prévoit un ajustement paramétrique des modalités de détermination du complément de libre choix du mode de garde (CMG). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 [1] a réformé le CMG dit « emploi direct », prestation familiale qui soutient les dépenses engagées par les parents au titre du recours à une assistante maternelle ou à une garde d'enfants à domicile.

Dans le cadre de cette réforme, une linéarisation du CMG a été prévue, afin de rapprocher le coût, pour les familles, des modes d'accueil individuels de celui des crèches financées par la prestation de service unique. Ainsi, un taux d'effort variable en fonction du nombre d'enfants et des ressources du ménage est appliqué au coût de chaque heure d'accueil réalisée, dans la limite d'un plafond horaire de 8 euros pour le recours à une assistante maternelle et de 15 euros pour le recours à une garde à domicile. Cette nouvelle formule de calcul est entrée en vigueur au mois de septembre 2025.

([1]) Article 86 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

● L'article 42 *quater* répond à une problématique qui a émergé au cours de ces premiers mois de mise en œuvre. Le III de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale prévoit que le montant du CMG perçu par les parents est calculé en fonction d'un barème qui prend en compte :

– les ressources du ménage ;

– le nombre d'enfants à charge ;

– le mode d'accueil rémunéré ;

– le nombre d'heures d'accueil rémunérées ;

– le salaire net versé à la personne qui assure la garde de l'enfant.

Il est apparu que les indemnités de fin de contrat et les indemnités compensatrices de congés payés sont prises en compte dans le calcul de la rémunération nette de la personne employée, et donc dans l'appréciation du respect du plafond horaire du CMG. Il en résulte une augmentation du reste à charge imprévue pour les parents employeurs.

L'article 42 *quater* répond à cette situation **en excluant les indemnités suivantes du calcul de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant** :

– l'indemnité compensatrice de préavis (article L. 1234-5 du code du travail) ;

– l'indemnité de licenciement (article L. 1234-9 du code du travail) ;

– l'indemnité de mise à la retraite (article L. 1237-7 du code du travail) ;

– l'indemnité de départ à la retraite (article L. 1237-9 du code du travail) ;

– l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle (article L. 1237-13 du code du travail) ;

– l'indemnité compensatrice de congés payés (article L. 1242-16 du code du travail) ;

– l'indemnité de fin de contrat (article L. 1243-8 du code du travail) ;

– l'indemnité de congé annuel (article L. 3141-24 du code du travail) ;

– l'indemnité compensatrice de congé à laquelle le salarié a droit lorsque son contrat de travail est rompu avant qu'il n'ait pu bénéficier de la totalité du congé auquel il avait droit (article L. 3141-28 du code du travail).

2. La position de la rapporteure

La rapporteure se félicite de la création de cet article qui résulte d'un amendement qu'elle avait elle-même déposé à l'Assemblée nationale. Il s'agit d'un ajustement paramétrique qui soutient le pouvoir d'achat des familles en limitant leur reste à charge lorsqu'elles recourent à un mode d'accueil individuel.

*

* *

Article 42 quinquies *(nouveau)*

Conditionner le bénéfice du complément de libre choix de mode de garde à l'utilisation du dispositif Pajemploi +

Origine de l'article : Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Cet article résulte de deux amendements identiques n° 1841 de la commission et n° 1380 du Gouvernement.

● Afin de lutter contre les impayés auxquels sont confrontées les assistantes maternelles de la part des parents employeurs, l'article 42 *quinquies* conditionne le bénéfice du complément de libre choix du mode de garde (CMG) dit « emploi direct » à l'adhésion au dispositif Pajemploi + géré par l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf).

L'article L. 531-8 du code de la sécurité sociale prévoit déjà une obligation, pour les parents employeurs qui bénéficient du CMG, d'adhérer au dispositif **Pajemploi**. Ce dernier, en application de l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale, est un dispositif simplifié de **déclaration et de recouvrement des cotisations et contributions sociales**, ainsi que de prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu, à destination de diverses catégories de particuliers employeurs.

En parallèle, l'Urssaf a déployé le dispositif **Pajemploi +**, prévu à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, qui correspond à un service d'intermédiation qui sécurise les relations financières des parents employeurs avec les assistantes maternelles ou les personnes assurant la garde d'enfants à domicile : les parents déclarent le salaire versé et, sur le fondement de cette déclaration, l'Urssaf se charge de **prélever le salaire** sur leur compte bancaire, après avoir déduit le montant du CMG dont ils bénéficient. Le salaire est ensuite directement versé sur le compte bancaire de l'employé.

● Plusieurs avancées sont intervenues ces derniers mois pour sécuriser la rémunération des assistantes maternelles. Depuis le mois d'octobre 2024,

Pajemploi + propose une garantie contre les impayés pendant deux mois. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 [(1)] a ensuite prévu différentes mesures visant à inciter fortement au recours à Pajemploi + :

– l'accord mutuel de l'employeur et du salarié pour mettre fin à l'utilisation du dispositif, et à défaut d'accord, l'information du salarié par l'employeur avant toute désactivation unilatérale ;

– la suspension immédiate du versement du CMG dès le premier impayé signalé par l'assistante maternelle lorsque le dispositif Pajemploi + n'a pas été activé ;

– l'obligation de recourir au dispositif Pajemploi + pour les employeurs qui, après avoir régularisé une situation d'impayé, souhaite de nouveau bénéficier du CMG.

Ces dispositions sont applicables à compter du 1er janvier 2026.

● L'article 42 *quinquies* modifie l'article L. 531-8 du code de la sécurité sociale et remplace la référence à l'article L. 133-5-6, relatif à l'obligation de recourir au dispositif Pajemploi, par une référence à l'article L. 133-5-12, relatif au dispositif Pajemploi +. Ainsi, les parents employeurs, s'ils bénéficient du complément de libre choix de mode de garde, seront désormais contraints de recourir à Pajemploi +, là où il s'agissait d'une simple possibilité auparavant.

Ces nouvelles dispositions entreront en vigueur le 1er septembre 2027. En conséquence, l'article 92 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 sera abrogé.

2. La position de la rapporteure

La rapporteure se félicite de l'introduction de l'article 42 *quinquies* au Sénat. Il s'agit d'une avancée pour les assistantes maternelles, qui permettra de remédier à l'essentiel des situations d'impayés auxquelles elles étaient confrontées. En outre, le recours à ce type de dispositifs d'intermédiation est source de simplification des démarches administratives pour les parents employeurs.

*

* *

(1) Article 92 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Article 43
Rationaliser et simplifier le cumul emploi-retraite

Origine de l'article : projet de loi.
Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● L'article 43 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.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté un amendement n° 1612 du Gouvernement avec un avis favorable de la commission. Il procède à plusieurs modifications distinctes.

● Premièrement, l'amendement précise plusieurs dérogations aux règles applicables en matière de cessation d'activité et de cumul entre un emploi et une pension de retraite.

L'amendement prévoit ainsi une dérogation aux règles de cessation d'activité des non-salariés agricoles qui s'inscrivent temporairement dans un processus d'arrachage définitif avec extirpation des racines maîtresses de la parcelle de leurs cultures, lesquelles ne sont alors plus censées produire de récolte (**nouveau 4° de l'article L. 732-39 du code rural et de la pêche maritime**). Selon l'exposé sommaire de l'amendement du Gouvernement, l'objectif était de permettre « *aux filières agricoles, notamment viticoles, d'appréhender plus sereinement ces dispositifs d'arrachage visant à apporter une réponse structurelle à une crise de marché, en contribuant à équilibrer et à mieux calibrer sur le long terme les volumes mis en production par rapport à l'évolution de la consommation* ». Cette dérogation serait soumise à des conditions et une durée prévues par décret.

De la même manière, l'article 43 prévoit désormais également que le service d'une pension de vieillesse d'exploitant agricole ne serait plus soumis à la cessation d'une activité de bailleurs de biens ruraux faisant l'objet de baux à métayage mentionnée à l'article L. 722-7-1 du code rural et de la pêche maritime. Cela permettrait ainsi aux bailleurs à métayage de continuer à bénéficier de leur pension de retraite tout en percevant les revenus qu'ils tirent de leur bail, lesquels seraient toutefois pris en compte dans le calcul de l'écrêtement.

L'amendement précise également que les titulaires d'une pension militaire ou d'une solde de réforme allouée pour invalidité pourront entièrement cumuler leur pension de retraite avec des revenus professionnels et de remplacement (nouveau **3°** de l'article L. 86 du code des pensions civiles et militaires de retraite). Cette mention n'apparaissait en effet plus dans la future version de l'article L. 86 alors qu'elle est actuellement prévue explicitement dans sa rédaction actuelle.

● Deuxièmement, il précise les modalités de mise en œuvre de l'écrêtement des pensions, tant pour simplifier sa gestion par les caisses de sécurité sociale que pour limiter le risque d'indus pour les assurés en renvoyant à un décret la détermination des caisses, organismes ou services chargés du recouvrement des sommes de pension écrêtée en cas de dépassement du plafond de cumul ainsi que les modalités de ce recouvrement (**nouveau D de l'article L. 161-22 précité**).

● Il opère en outre plusieurs corrections relatives aux travailleurs indépendants :

– en renvoyant à un décret le soin de déterminer les conditions dans lesquelles les revenus professionnels perçus par l'assuré l'année au cours de laquelle

a pris effet sa pension sont appréciés lorsqu'il reprend ou poursuit une activité non salariée (**dernier alinéa du A du III de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale**) ;

– en confiant enfin aux assurés concernés par l'interdiction du cumul (ceux ayant moins que l'âge légal applicable à leur génération) ou par son plafonnement (ceux dont l'âge est compris entre l'âge légal et l'âge d'annulation de la décote) la responsabilité de prévenir la caisse dont ils relèvent lorsqu'ils reprennent une activité indépendante (**nouveau E de l'article L. 161-22 précité**). Une disposition similaire est actuellement prévue en divers articles du code de la sécurité sociale (L. 634-6, L. 643-6 et L. 653-7) mais n'était pas reprise dans la rédaction initiale de l'article 43.

● Enfin, l'amendement procède à plusieurs modifications rédactionnelles et de coordination, dont certaines avaient été proposées par la rapporteure en première lecture mais n'avaient pu être adoptées faute pour l'Assemblée nationale d'avoir pu discuter de l'article 43 en séance publique.

3. La position de la rapporteure

● La rapporteure constate que les modifications adoptées par le Sénat visent pour l'essentiel à corriger certains oublis de l'article 43 dans sa rédaction initiale ou à préciser les conditions de mise en œuvre du nouveau mécanisme de plafonnement et d'écrêtement.

S'agissant plus particulièrement des conditions de cessation d'activité applicables aux exploitants agricoles qui souhaitent prendre leur retraite, elle considère que les deux nouvelles dérogations que le Sénat a adoptées répondent à des situations spécifiques pour lesquelles les objectifs légitimes de politique publique agricole – par exemple de lutter contre la surproduction *via* des opérations d'arrachage définitif ou de favoriser la mise en valeur des terres agricoles *via* le recours aux baux à métayage – entrent en concurrence avec les modalités de service particulières des retraites agricoles.

● Elle propose donc de maintenir les modifications apportées par le Sénat.

*

* *

Article 43 bis *(nouveau)*

Ajustements techniques concernant la mise en œuvre de la réforme du mode de calcul des pensions de retraite des non-salariés agricoles

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● L'article 43 *bis* résulte de l'adoption par le Sénat d'un amendement n° 1613 du Gouvernement ayant reçu un avis favorable de la commission.

Comme l'explique de façon assez lapidaire l'objet de l'amendement, celui-ci vise à corriger plusieurs dispositions de l'article 87 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, relatif à la réforme de la retraite de base des non-salariés agricoles. Ces ajustements techniques visent à sécuriser juridiquement la pleine entrée en vigueur de la réforme adoptée en février dernier en faveur des retraites agricoles.

● L'article 87 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 procède à l'alignement du mode de calcul de la pension de retraite de base des non-salariés agricoles (NSA) sur le régime général avec le passage d'un régime par points à un régime par annuités.

Ce dispositif permettra, à terme, de calculer les retraites des NSA sur la base des vingt-cinq meilleures années de revenus tous régimes confondus. La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (MSA) ne disposant des informations sur les revenus de ses assurés que pour les années postérieures à 2016, une double liquidation sera effectuée : sur la base des points acquis pour les périodes antérieures au 1er janvier 2016 et sur la base des revenus à compter de cette date. Les agriculteurs ayant commencé leur carrière en 2016 auront une pension de retraite de base entièrement calculée en fonction de leurs revenus.

Compte tenu de la complexité de l'opération, la réforme ne pourra être totalement opérationnelle qu'à compter du 1er janvier 2028. Afin qu'elle entre en vigueur dès le 1er janvier 2026, date limite fixée par la loi dite « Dive » du 13 février 2023 (1), l'article 87 prévoit une liquidation temporaire assortie d'un mécanisme de révision. Les pensions liquidées entre le 1er janvier 2026 et le 31 décembre 2027 seront calculées selon les règles antérieures *modulo* la prise en compte d'un calcul fondé sur les meilleures années de revenus pour les droits acquis avant 2016.

Concrètement, pour les retraites liquidées entre le 1er janvier 2026 et le 31 décembre 2027, la MSA retiendrait une sélection des meilleures années de points de retraite pour la partie de carrière effectuée avant 2016. Conformément au *b* du 2°

(1) Loi n° 2023-87 du 13 février 2023 visant à calculer la retraite de base des non-salariés agricoles en fonction des vingt-cinq années d'assurance les plus avantageuses.

de l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime auquel cette disposition renvoie, la part de retraite exprimée en points serait ainsi calculée « *en fonction des montants, majorés au titre des périodes mentionnées au 1° de l'article L. 732-21 du* [code rural et de la pêche maritime] [(1)]*, des cotisations acquittées, en application du 2° de l'article L. 731-42 du* [même code] *dans sa rédaction antérieure à la* [loi de financement de la sécurité sociale pour 2025] *au titre des périodes d'assurance antérieures au 1er janvier 2016, en retenant un nombre d'années sélectionnées dans des conditions fixées par voie réglementaire* ».

Cette mesure permet ainsi d'anticiper dès 2026 l'entrée en vigueur de l'essentiel des avantages attendus de la réforme du mode de calcul des retraites des non-salariés agricoles, ce qui était une demande forte de la profession mais également des députés et sénateurs de tous groupes politiques.

Une révision serait effectuée courant 2028 pour recalculer les montants selon les nouvelles règles : si le nouveau calcul est plus favorable à l'assuré, la pension serait révisée à la hausse avec application rétroactive au 1er janvier 2026 ; s'il est défavorable, la pension serait maintenue à son niveau calculé initialement.

L'article 87 prévoyait également d'autres mesures en faveur des non-salariés agricoles :

– l'ouverture des minima de pension agricole aux non-salariés agricoles exerçant à titre secondaire ou accessoire ;

– le relèvement du seuil d'écrêtement de la pension majorée de référence au niveau de celui du minimum contributif, fixé à 1 367 euros pour 2024 ;

– l'exclusion des pensions de droits propres et dérivés issues du cumul emploi-retraite créateur de droits de la base des ressources prises en compte pour déterminer l'éligibilité aux minima de pensions agricoles.

● Afin de sécuriser juridiquement l'entrée en vigueur de cette réforme, l'article 43 *bis* procède à plusieurs modifications techniques qui se justifient par le fait que, légistiquement, la réforme du mode de calcul des retraites agricoles s'est traduite par une profonde réécriture des dispositions afférentes du code rural et de la pêche maritime.

Premièrement, l'article rétablit plusieurs bases légales permettant d'assurer la prise en compte de certaines périodes ou cotisations dans le calcul des droits à la retraite proportionnelle des exploitants agricoles ayant été affiliés avant le 1er janvier 2016 :

---

(1) Il s'agit des périodes d'interruption d'activité résultant de maladie ou d'infirmité graves et de maternité empêchant toute activité professionnelle.

– la base légale relative aux périodes de pré-retraite (**deuxième alinéa** du ***b*** du **1**° du **I**) [(1)] ;

– celle relative aux cotisations versées sous l'empire de l'ancien code rural (**troisième alinéa** du ***b*** du **1**° du **I**) [(2)] ;

– celle relative à certains dispositifs d'attribution gratuite de points [(3)] et à certaines majorations de durée d'assurance dans la situation où l'exploitant agricole n'a pas exercé d'activité agricole ultérieurement à 2016 [(4)] (**dernier alinéa** du ***b*** du **1**° du **I**).

Le **4**° du **I** réintroduit la base légale permettant la réduction du coût du rachat au titre des périodes d'assurance volontaire pour les exploitants agricoles de plus de 67 ans.

Deuxièmement, l'article opère une correction au 1° du I de l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime pour le calcul de la part forfaitaire de la pension des exploitants agricoles pour les périodes antérieures à 2016 afin d'assurer la prise en compte dans le calcul des droits de l'ensemble des périodes « d'activité » des chefs d'exploitation, qu'ils aient exercé à titre principal ou secondaire, plutôt que des périodes « d'assurance », lesquelles notions recouvrent des périodes différentes (***a*** du **1**° du **I**).

Troisièmement, le **2**° du **I** corrige une malfaçon dans la rédaction de l'article L. 732-35 du code rural et de la pêche maritime qui pourrait conduire à penser que seuls les personnes relevant du statut de collaborateur d'exploitation ou d'entreprise pourraient opérer le rachat, au titre de la retraite proportionnelle, des périodes antérieures au 1er janvier 1999 pendant lesquelles ils ont exercé en tant que conjoints participant aux travaux. Cette correction permettra d'assurer la possibilité d'un tel rachat aux exploitants agricoles éligibles et pas uniquement à ceux qui bénéficient, au moment dudit rachat, du statut de conjoint collaborateur.

Enfin, l'article corrige quelques coquilles (**2**° du **I** et **1**° du **II**) et opère des coordinations manquantes (**3**° et **5**° du **I**). Les corrections les plus significatives concernent :

---

(1) Par renvoi à l'article 9 de la loi n° 91-1407 du 31 décembre 1991 modifiant et complétant les dispositions du code rural et de la loi n° 90-85 du 23 janvier 1990 relatives aux cotisations sociales agricoles et créant un régime de préretraite agricole.

(2) Par renvoi au b *de l'article 1123 et à l'article 1125 du code rural dans leur rédaction antérieure à la loi n° 90-85 du 23 janvier 1990 complémentaire à la loi n° 88-1202 du 30 décembre 1988 relative à l'adaptation de l'exploitation agricole à son environnement économique et social.*

(3) Notamment en application de l'article 18 de la loi n° 80-502 du 4 juillet 1980 d'orientation agricole ou, pour les conjoints collaborateurs, lorsqu'ils font partie d'un ménage d'exploitants ayant opté pour un partage à parts égales des points obtenus en contrepartie des cotisations forfaitaires dues par le chef d'exploitation au titre du conjoint collaborateur et des cotisations proportionnelles déplafonnées du chef d'exploitation.

(4) En particulier les majorations de durée d'assurance pour les périodes accomplies comme sapeur-pompier volontaire (article L. 173-1-5 du code de la sécurité sociale), pour enfant (article L. 351-4 du même code) et pour enfant handicapé (article L. 351-4-1 dudit code).

– l'entrée en vigueur dès le 1er janvier 2026 des dispositions relatives à l'extension des minima de pension agricoles aux exploitants à titre secondaire par la modification du VIII de l'article 87 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (**2**° du **II** du présent article) ;

– la précision que le montant minimal de pension agricole à hauteur de 85 % du Smic net agricole s'applique pour une carrière complète de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, que cette carrière ait été accomplie à titre principal ou à titre secondaire (**5**° du **I**).

2. La position de la rapporteure

● Ces modifications permettent de préciser techniquement les conditions de mise en œuvre de la réforme du mode de calcul des retraites agricoles, laquelle faisait l'objet d'un consensus sur l'ensemble des bancs de l'Assemblée.

Elles corrigent des oublis dans un sens favorable aux assurés agricoles et clarifient notamment les dispositions permettant d'étendre les minima de pensions agricoles aux exploitants ayant exercé à titre secondaire, qui était l'une des avancées de la réforme.

● Pour cette raison, la rapporteure propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* *

Article 44

Stabiliser le montant des prestations sociales, dont les pensions

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : rétabli.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article, l'un des cinq à avoir été 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 milliard d'euros).

Les économies attendues pour l'ensemble des administrations publiques sont de l'ordre de 3,5 milliards d'euros en 2026 et, sur la base d'hypothèses conventionnelles, progresseraient jusqu'à 8,9 milliards d'euros en 2029.

Sur le seul champ des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, les économies s'établiraient à 2,5 milliards d'euros en 2026 et 6,2 milliards d'euros en 2029.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu les amendements de suppression n° 706 de Mme Sandrine Runel et des membres du groupe Socialistes et apparentés, n° 944 de M. Thomas Ménagé et des membres du groupe Rassemblement National, n° 1216 de Mme Sandrine Rousseau et des membres du groupe Écologiste et Social), n° 1498 de Mme Ségolène Amiot et des membres du groupe La France insoumise - Nouveau Front Populaire, n° 2050 de M. Paul-André Colombani et des membres du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires et n° 2223 de M. Yannick Monnet et des membres du groupe Gauche Démocrate et Républicaine.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté un amendement de la commission (n° 715) avec un avis de sagesse du Gouvernement qui rétablit l'article 44 dans sa rédaction initiale *modulo* quelques aménagements.

● Premièrement, si « l'année blanche » est rétablie pour la quasi-totalité des prestations sociales, le Sénat a restreint son périmètre en excluant l'allocation aux adultes handicapés du gel des prestations pour l'année 2026 (par renvoi à l'article L. 821-3-1 du code de la sécurité sociale au **VI** de l'article 44) ;

– les pensions de retraite feraient l'objet d'une revalorisation différenciée pour l'exercice 2026 (**V**). Les assurés dont le montant total des pensions de retraite de droit direct et dérivé, y compris leurs majorations, accessoires et suppléments est inférieur ou égal à 1 400 euros bruts par mois le mois précédant celui auquel intervient la revalorisation seraient revalorisés selon les règles de droit commun, soit à hauteur de 1 % [(1)].

Afin d'assurer la constitutionnalité d'un tel dispositif de revalorisation différenciée, qui impose notamment de neutraliser les effets de seuil pouvant conduire à ce qu'un retraité bénéficiaire de la revalorisation se retrouve à percevoir

(1) Coefficient calculé en application de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale.

une pension supérieure à un retraité non bénéficiaire, les **deuxième à cinquième alinéas** du **V** organisent un mécanisme de lissage. Ainsi, pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est :

– supérieur à 1 400 euros brut et inférieur ou égal à 1 404 euros brut, la revalorisation serait effectuée à hauteur de 0,8 % ;

– supérieur à 1 404 euros brut et inférieur ou égal à 1 408 euros brut, la revalorisation serait effectuée à hauteur de 0,6 % ;

– supérieur à 1 408 euros brut et inférieur ou égal à 1 412 euros brut, la revalorisation serait effectuée à hauteur de 0,4 % ;

– supérieur à 1 412 euros brut et inférieur ou égal à 1 416 euros brut, la revalorisation serait effectuée à hauteur de 0,2 %.

Au-delà de 1 416 euros brut, les pensions de retraite seraient gelées.

En outre, la nouvelle rédaction de l'article 44 maintient la suppression du mécanisme de sous-indexation des pensions de retraite pour les années 2027 à 2030.

● Selon les éléments exposés en séance par la rapporteure pour la branche vieillesse, le dispositif adopté par le Sénat se traduirait par des économies de 2 milliards d'euros en 2026 sur le champ des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

3. La position du rapporteur général

● Le rapporteur général prend acte de la décision du Sénat de rétablir l'article 44 tout en en restreignant la portée pour les retraités les plus modestes et nos concitoyens en situation de handicap. Cette proposition est une amélioration certaine par rapport au dispositif initialement proposé par le Gouvernement.

Le rapporteur général partage le choix fait par le Sénat de supprimer le mécanisme pluriannuel de sous-indexation des pensions entre 2027 et 2030. Outre l'opportunité d'une telle mesure, il avait notamment évoqué dans son rapport de première lecture le risque de censure qu'elle présentait au regard des règles relatives au respect du domaine des lois de financement de la sécurité sociale de l'année.

● Pour autant, le rapporteur général rappelle que cet article a recueilli contre lui une très large majorité de voix à l'Assemblée nationale (308 voix contre et 99 voix pour). Qu'une mesure similaire avait été à l'origine de la censure du Gouvernement de Michel Barnier le 4 décembre 2024 à l'occasion de la lecture des conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. Qu'il en a résulté l'absence de budget et de loi de financement de la sécurité sociale au 1er janvier 2025, absence dont le corollaire a été l'accroissement de l'incertitude économique, laquelle a coûté plusieurs dixièmes de points de PIB. Que dans ces conditions, il lui apparaît qu'aucun accord possible

n'est envisageable à l'Assemblée nationale sur un texte qui comporterait une telle mesure. Qu'indépendamment des économies que l'article 44 induirait, l'absence de budget aurait des conséquences probablement plus préjudiciables qu'une revalorisation des prestations sociales dans les conditions de droit commun.

Dans ces conditions, le rapporteur général appelle donc à respecter le vote intervenu en première lecture à l'Assemblée nationale en supprimant l'article 44.

Article 45

Réduire les inégalités entre les femmes et les hommes à la retraite

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu deux amendements rédactionnels de la rapporteure ainsi que son amendement n° 2693, ayant reçu un avis favorable de cette dernière.

La modification portée par cet amendement s'inscrit dans les évolutions positives que l'article 45 porte pour les conditions de départ à la retraite des mères de famille.

En effet, à l'heure actuelle, les femmes fonctionnaires bénéficient d'une majoration de durée d'assurance pour chacun de leurs enfants nés à compter du 1er janvier 2004 (1). Ces dispositions sont toutefois moins favorables que dans le régime général, et ce, à un double titre :

– d'une part, dans le régime général, les femmes bénéficient, pour chaque enfant, de quatre trimestres au titre de l'accouchement et, la plupart du temps, de

(1) Article L. 12 bis *du code des pensions civiles et militaires de retraite.*

quatre trimestres au titre de l'éducation, soit huit trimestres au total [1]. Les femmes fonctionnaires ne bénéficient elles que de deux trimestres au titre de l'accouchement.

– d'autre part, les trimestres liés à l'éducation et à l'accouchement sont pris en compte dans le régime général pour le calcul du taux de la pension et du coefficient de proratisation. Ils ont donc un double effet positif sur le taux et le montant de la pension. Dans la fonction publique, les deux trimestres pour accouchement permettent certes d'améliorer le taux de la pension mais pas le coefficient de proratisation puisqu'ils ne sont pas inclus dans la durée de service et de bonifications. Autrement dit, s'ils améliorent le taux, ils n'ont qu'un effet marginal sur le montant de la pension servie.

L'amendement corrige partiellement cet écart en intégrant l'un des deux trimestres de majoration pour accouchement dans la durée de service et de bonifications servant au calcul de la pension de retraite des femmes fonctionnaires par la création d'un *b ter* à l'article L. 12 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté cet article dans sa rédaction résultant de l'Assemblée nationale.

3. La position de la rapporteure

● La rapporteure était favorable à l'article 45 en première lecture et l'est naturellement toujours puisque le Sénat l'a adopté sans modification.

Les modifications apportées par l'Assemblée en première lecture transposent une mesure qui avait été fortement demandée par les syndicats. Elle permet de compenser le fait que la mesure réglementaire annoncée par le Gouvernement et visant à prendre en compte les vingt-trois ou vingt-quatre meilleures années pour le calcul du revenu annuel moyen pour les assurées du régime général ne s'appliquerait par construction pas au régime des fonctionnaires [2].

Selon les informations fournies au Parlement, le coût de cette mesure est évalué à **30 millions d'euros en 2035 et 490 millions d'euros en 2050** pour le régime de la fonction publique de l'État et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL). Le **gain moyen de pension serait de 2 % et bénéficierait à 70 % à 80 % des femmes fonctionnaires nées à la fin des**

(1) Article L. 351-4 du code de la sécurité sociale.

(2) En application de l'article L. 15 du code des pensions civiles et militaires de retraite, le calcul de leur pension de retraite prend en effet en compte le traitement ou la solde soumis à retenue afférents à l'indice correspondant à l'emploi, grade, classe et échelon qu'ils détiennent effectivement depuis six mois au moins à compter de la date de leur cessation d'activité.

années 1970 dont la durée de services et bonifications n'est pas suffisante à éviter une proratisation dans l'un des régimes de la fonction publique.

● Pour ces raisons, la rapporteure propose d'adopter cet article sans modification.

*
* *

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

Origine de l'article : projet de loi (inséré par la lettre rectificative).

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article, issu de la lettre rectificative déposée par le Gouvernement le 23 octobre 2025, matérialise l'engagement pris par le Premier ministre le 14 octobre dernier devant l'Assemblée nationale.

Il 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.

Il 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.

Dans sa rédaction initiale, l'article ne s'appliquait 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 excluait de son champ d'application les assurés relevant des régimes de retraite de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte.

Il ne s'appliquait pas non plus aux assurés nés au premier trimestre de l'année 1965 quand bien même le maintien de l'âge à 62 ans et neuf mois leur permettrait un départ au cours du dernier trimestre de l'année 2027, soit avant le 1er janvier 2028, date marquant, selon les mots du Premier ministre, la fin du gel du report de l'âge d'ouverture des droits et du relèvement de la durée d'assurance requise.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu son amendement n° 2686,

adopté avec un avis favorable de la rapporteure, qui étend le champ d'application de l'article :

– aux assurés éligibles au dispositif de retraite anticipée pour carrière longue (RACL). Cette extension est rendue possible par la modification du calendrier de relèvement de la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une pension de retraite au taux plein à l'article L. 161-17-3 du code de la sécurité sociale (**2° nouveau du I**). En conséquence, le **IV**, qui prévoyait que, par dérogation à l'article L. 161-17-3 précité, le nombre de trimestres requis pour le bénéfice du taux plein était abaissé d'un pour les seuls assurés partant à un âge au moins égal à l'âge d'ouverture des droits prévu pour leur génération, a été supprimé. Le **1°** du **III** opère une coordination pour les dispositions transitoires applicables aux fonctionnaires puisque l'article L. 161-17-3 précité s'applique à eux par renvoi de l'article L. 13 du code des pensions civiles et militaires de retraite ;

– aux militaires et fonctionnaires civils relevant des catégories active et super active et qui peuvent donc à ce titre partir à la retraite de manière anticipée. Cette extension s'applique aux mesures d'âge et à la durée d'assurance. S'agissant des mesures d'âge, cette extension se matérialise par les **2°** (catégorie active), **3°** (catégorie super-active) et **4°** (militaires) du **III**. L'adaptation du calendrier de report de l'âge est quant à elle prévue au **5°** du **III** pour les fonctionnaires en catégories active ou super-active et au **6°** du même **III** pour les militaires. Le **7°** dudit **III** permet d'adapter le calendrier de report de l'âge des infirmiers et personnels paramédicaux des hôpitaux appartenant à la catégorie A [(1)] ;

– aux assurés de Saint-Pierre-et-Miquelon (**V**) et de Mayotte (**VI**) dont l'âge de départ est en phase de convergence avec celui applicable en droit commun et est actuellement inférieur de deux et un trimestres respectivement.

L'amendement du Gouvernement a fait l'objet de deux sous-amendements rédactionnels de la rapporteure ainsi que d'un sous-amendement n° 2708 de Mme Estelle Youssouffa (groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires), ayant recueilli un avis favorable de la rapporteure et du Gouvernement, prévoyant la remise dans les six mois suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 d'un rapport au Parlement sur la situation actuelle des pensions de retraite à Mayotte et sur les modalités d'une accélération de la convergence vers le droit commun.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté des amendements de suppression n° 716 de la commission, n° 128 rect. *nonies* de M. Olivier Henno et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, n° 155 rect. *ter* de M. Emmanuel Capus et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants -

(1) Mentionnés à l'article 37 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique. Par dérogation, ces personnels peuvent partir à la retraite deux ans avant l'âge légal de droit commun.

République et Territoires et n° 1512 rect. *ter* de M. Stéphane Le Rudulier et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

3. La position de la rapporteure

● La rapporteure est bien entendu profondément opposée à la suppression de l'article 45 *bis*. Elle constate qu'une telle suppression traduit un positionnement dogmatique de la majorité sénatoriale à propos d'une réforme rejetée par la grande majorité des Français.

● Au-delà de cette considération qui a son importance dans la perspective des forces politiques qui se sont engagées dans la voie de la discussion et du compromis, la rapporteure est opposée sur le fond à cette proposition. La suspension des mesures d'âge et du relèvement de la durée d'assurance constituera une avancée pour des millions de travailleurs qui ont été injustement lésés par la réforme de 2023 sans que celle-ci ait permis de régler la question du financement de notre système par répartition.

Supprimer la version adoptée par l'Assemblée nationale reviendrait en outre à écarter définitivement la possibilité d'appliquer cette suspension aux assurés en carrières longues, aux fonctionnaires des catégories actives et super-actives, aux assurés nés au premier trimestre de l'année 1965 et aux assurés de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte. Ces dispositions ne figuraient en effet pas dans la version initiale de l'article et ont été votées à l'Assemblée nationale. Elles ne pourraient donc pas entrer en vigueur en cas de rejet de l'article 45 *bis*.

● Pour ces raisons, la rapporteure propose de rétablir cet article tel que voté par l'Assemblée nationale.

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

Article 46

Dotation 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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée : non examiné.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Le présent article fixe, pour l'année 2026, le montant de :

– la dotation de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation de l'investissement en santé, établie à 401 millions d'euros et destinée à financer les investissements dans le domaine sanitaire ;

– la dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé, 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.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté le présent article sans modification.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article sans modification.

*

* *

Article 47

Dotations aux opérateurs financés par le sixième sous-objectif

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée : non examiné.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Le présent 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.

L'évolution envisagée des dotations est retracée dans le tableau ci-après.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté le présent article modifié par l'amendement n° 717 de la commission, malgré un avis défavorable du Gouvernement.

Cet amendement ramène les dotations des opérateurs à leur niveau de l'exercice 2025 afin de les faire contribuer à la démarche de responsabilité collective.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de modifier cet article pour moduler les gels introduits par le Sénat sur les dotations de l'ensemble des opérateurs, de façon à prendre en compte les besoins spécifiques et avérés de certains d'entre eux, lesquels ont été portés à sa connaissance depuis l'examen en première lecture.

ÉVOLUTION DES DOTATIONS AUX OPÉRATEURS FINANCÉS PAR LE SIXIÈME SOUS-OBJECTIF

(en millions d'euros)	**Dotations exécutées 2023**	**Dotations exécutées 2024**	**PLFSS 2025**	**Dotation 2025 après annulations de crédits**	**PLFSS 2026**
Office national d'indemnisation des accidents médicaux (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
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	140,28	142,62	144,95	142,62	143,7
Haute autorité de santé	63,90	71,90	74,22	72,42	69,97
Agence du numérique en santé	67,48	114,18 (dont 55 au titre du Ségur numérique)	123,8 (dont 55 au titre du Ségur numérique)	118,8 (dont 55 au titre du Ségur numérique)	115,8 (dont 55 au titre du Ségur numérique)
Établissement français du sang	54,70	100	110	110	108,4
École des hautes études en santé publique	44,53	45,2	45,2	45,2	44,76
Agence nationale d'appui à la performance	17,21	19,06	19,8	19,8	19,45
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	10,40	11,49	12,13	11,49	11,74
Centre national de gestion	32,63	43,63	44,31	43,63	43,55
Agence nationale du développement professionnel continu	209,72	214,74	219,88	215,88	225,14

Source : annexes n° 2 aux projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 et pour 2026.

*

* *

Article 48

Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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, soit :

– une augmentation de 5,2 milliards d'euros (1,98 %) en comparaison avec les charges actualisées pour 2025 ;

– un recul de 2 milliards d'euros (– 0,7 %) par rapport à la projection, au titre de 2026, de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable à titre personnel de la rapporteure pour la branche maladie, l'amendement n° 1877 du Gouvernement portant l'objectif de dépenses de cette branche pour 2026 de 267,5 milliards d'euros à 268,5 milliards d'euros, le rehaussement de 1 milliard d'euros correspondant exactement à celui que l'exécutif avait aussi appliqué à l'Ondam au cours de l'examen du projet de loi par l'Assemblée nationale (*cf. infra* le commentaire de l'article 49). Son augmentation entre 2025 et 2026 serait donc de 6,2 milliards d'euros (+ 2,36 %).

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de conserver l'article 48 dans sa rédaction résultant des travaux du Sénat, puisqu'il s'agit d'une disposition obligatoire et que sa sincérité importe pour des comparaisons ultérieures.

*

* *

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

Pour faciliter sa lecture, le rapporteur général décompose ce commentaire en abordant l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) toutes choses égales par ailleurs ***(a)***, prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026 initialement déposé ***(b)*** et issue de son examen par l'Assemblée ***(c)***.

a. L'augmentation naturelle de l'objectif : 4,5 %

S'il suivait sa croissance tendancielle de 4,5 %, ce qui est le taux retenu par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), l'Ondam progresserait :

– de 11,97 milliards d'euros par rapport à 2025 à champ courant, *révisé* par l'article 2 du PLFSS pour 2026 (soit 265,9 milliards d'euros), pour atteindre 277,87 milliards d'euros ;

– de 11,98 milliards d'euros par rapport à 2025 *retraité* à champ constant (soit 266,2 milliards d'euros), pour atteindre 278,18 milliards d'euros.

b. L'évolution de l'objectif figurant dans le texte déposé : 1,6 %

L'article 49 fixe à 270,4 milliards l'Ondam pour 2026, ainsi que le montant des six sous-objectifs qui le composent.

Cela correspond à une hausse de 4,6 milliards d'euros (soit 1,7 %) quant au montant révisé pour 2025 mais de 4,3 milliards d'euros (1,6 %) à champ constant.

L'effort pour limiter la progression à 4,3 milliards d'euros au lieu de près de 12 milliards d'euros tient à un recul mécanique des charges du « Ségur de la santé » pour 0,5 milliard d'euros, à des dépenses supplémentaires de 3 milliards d'euros et à des économies de 7,1 milliards d'euros, réparties entre 3,7 milliards d'euros de baisses tarifaires ou d'autres mesures de régulation et 3,4 milliards d'euros de transferts vers les assurés, leurs employeurs et les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam).

ÉVOLUTION DE L'ONDAM DE 2025 À 2026 – VERSION *INITIALE* DE L'ARTICLE 49

(en millions d'euros ; en pourcentage)

Champ courant (*cf.* l'article 2)

	2025 révisé	**2026 *initial***	***Évolution***	
			Valeur	***Volume***
Soins de ville	113 932	**114 860**	*928,1*	*0,815 %*
Établissements de santé	109 457	**111 829**	*2 371,6*	*2,167 %*
ES – personnes âgées	17 423	**18 166**	*743,3*	*4,266 %*
ES – personnes handicapées	15 584	**16 021**	*436,2*	*2,799 %*
Fonds d'intervention régional et investissement	6 139	**6 237**	*98,5*	*1,605 %*
Autres prises en charge	3 322	**3 331**	*9,1*	*0,274 %*
Ondam total	**265 858**	**270 445**	***4 586,8***	***1,725 %***

Champ constant (*cf.* l'annexe 5)

	2025 retraité	**2026 *initial***	***Évolution***	
			Valeur	***Volume***
Soins de ville	113 809	**114 860**	*1 051,3*	*0,924 %*
Établissements de santé	109 236	**111 829**	*2 592,9*	*2,374 %*
ES – personnes âgées	17 743	**18 166**	*423,3*	*2,386 %*
ES – personnes handicapées	15 627	**16 021**	*394,0*	*2,521 %*
Fonds d'intervention régional et investissement	6 576	**6 237**	*– 338,6*	*– 5,149 %*
Autres prises en charge	3 197	**3 331**	*134,1*	*4,194 %*
Ondam total	**266 188**	**270 445**	***4 256,9***	***1,599 %***

Note : ES – établissements (sociaux et médico-sociaux) et services.
Source : commission des affaires sociales d'après les documents transmis au rapporteur général par la direction de la sécurité sociale.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu son sous-amendement n° 2719 à l'amendement n° 716 de Mme Sandrine Runel et des membres du groupe Socialistes et apparentés, adopté suivant l'avis du rapporteur général.

Cependant, l'article 49 lui-même n'a pas eu le temps d'être soumis au vote de l'Assemblée nationale avant que le ministre chargé des relations avec le Parlement constate l'expiration du délai de vingt jours dont elle dispose en première lecture.

Le rapporteur général présente les choses dans cet ordre plutôt que dans celui plus habituel de l'amendement tel que sous-amendé, puisqu'en l'espèce l'initiative parente et ses modifications n'entretiennent pas de lien :

– l'amendement de Mme Runel :

* augmentait de 1,7 milliard d'euros les sous-objectifs concernant les établissements de santé (1,1 milliard d'euros) et d'accueil de personnes âgées (0,5 milliard d'euros) et handicapées (0,1 milliard d'euros), tout en baissant à due concurrence le sous-objectif consacré à l'investissement, étant précisé que dans son exposé l'auteure réservait son soutien aux établissements publics, les règles de recevabilité faisant que ce mouvement aurait été à somme nulle ;

– le sous-amendement du Gouvernement, qui s'y greffait pour une question d'opportunité bien davantage qu'il ne lui apportait une précision ponctuelle, rehausse l'Ondam de 1 milliard d'euros, le portant à 271,4 milliards d'euros.

L'exécutif a opéré trois modifications qui, compte tenu d'effets d'arrondis ne sont que partiellement visibles dans son dispositif :

– une hausse de 850 millions d'euros (laquelle apparaît comme 0,9 milliard d'euros) pour les établissements de santé pour, sur la foi de l'exposé sommaire, « *accompagner la reprise d'activité observée depuis 2024, soutenir la démarche de transformation du secteur et concourir à la réduction du déficit* [en complément] *d'une relance de la démarche de performance et d'efficience, sous l'égide des agences régionales de santé* » (le rapporteur général se réjouit que soit ainsi évitée une tarification négative dans les hôpitaux) ;

– une hausse de 150 millions d'euros afin d'installer les premières maisons France santé [*sic*] à hauteur, selon la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, de 50 000 euros par structure (le rapporteur général note que cela ne financerait donc que 3 000 maisons au lieu de 5 000 évoquées), qui se décompose entre :

* une hausse de 75 millions d'euros (laquelle apparaît comme 0,1 milliard d'euros) pour le fonds d'intervention régional (FIR) ;

* une hausse de 75 millions d'euros (laquelle n'apparaît pas) pour le sous-objectif des soins de ville.

ÉVOLUTION DE L'ONDAM DE 2025 À 2026 – VERSION *MODIFIÉE* DE L'ARTICLE 49

(en millions d'euros ; en pourcentage)

Champ constant

	2025 retraité	**2026 *modifié***	***Évolution***	
			Valeur	***Volume***
Soins de ville	113 809	114 935	*1 126,3*	*0,990 %*
Établissements de santé	109 236	112 679	*3 442,9*	*3,152 %*
ES – personnes âgées	17 743	18 166	*423,3*	*2,386 %*
ES – personnes handicapées	15 627	16 021	*394,0*	*2,521 %*
Fonds d'intervention régional et investissement	6 576	6 312	*– 263,6*	*– 4,008 %*
Autres prises en charge	3 197	3 331	*134,1*	*4,194 %*
Ondam total	**266 188**	**271 445**	***5 256,9***	***1,975 %***

Note : ES – établissements (sociaux et médico-sociaux) et services.
Source : commission des affaires sociales d'après les documents transmis au rapporteur général par la direction de la sécurité sociale.

Sur la base de ce sous-amendement, l'Ondam progresserait de 5,26 milliards d'euros (1,98 %) entre 2025 et 2026.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté les deux amendements de suppression n° 718 de la commission et n° 1788 de Mme Anne Souyris et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires (la première jugeant la projection de l'Ondam « *intenable, incohérente et globalement insincère* »).

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de rétablir l'article 49 dans sa rédaction transmise au Sénat, puisqu'il s'agit d'une disposition obligatoire et que sa sincérité importe pour des comparaisons ultérieures. Il sera extrêmement vigilant au cours de l'exécution pour que les impasses rencontrées en 2025 ne se doublent pas en 2026 d'un nouveau déclenchement de l'alerte qui ferait subir un nouveau gel de dotations aux établissements et un nouveau report de clauses conventionnelles aux professionnels de ville.

*
* *

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 la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles et dépenses liées aux dispositifs de prise en compte de la pénibilité

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : adopté sans modifications.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale, qui fixe :

– à 387 millions d'euros le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) ;

– à 374 millions d'euros le montant de la contribution de la branche AT-MP au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata) ;

– à 1,6 milliard d'euros le versement de la branche AT-MP au titre de la compensation de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

– respectivement à 223 millions d'euros et 13,79 millions d'euros les versements de la branche vieillesse au titre des dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite anticipée et du financement du compte professionnel de prévention.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté le présent article sans y apporter de modifications, les amendements identiques de suppression des dispositions de l'article relatives au Fiva n° 1033 de Mme Raymonde Poncet Monge et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires et n° 1223 de Mme Céline Brulin et des membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky ayant été rejetés suivant l'avis défavorable de la commission et du Gouvernement. Ce dernier a d'ailleurs rappelé qu'une suppression de la dotation de la branche AT-MP au Fiva aurait pour effet de priver de nombreux assurés d'une possibilité d'indemnisation, la branche AT-MP étant le financeur « *quasi exclusif* » du fonds (à hauteur de 80 %) [(1)].

Le Sénat a réservé un sort identique, suivant en cela l'avis de la commission et du Gouvernement, à l'amendement n° 1224 de Mme Céline Brulin et des membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky supprimant la compensation de la branche AT-MP à la branche maladie.

3. La position du rapporteur

Le rapporteur thématique, en dépit de ses réserves sur l'évolution baissière du Fiva notamment, préconise à l'Assemblée nationale d'adopter le présent article dans les mêmes termes.

*

* *

(1) Rapport n° 2057 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 2026 (n° 1907 et 1999), 1er novembre 2025, p.545.

Article 51

Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : adopté sans modifications.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale, qui fixe l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à 18,0 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté le présent article sans y apporter de modifications, après avoir rejeté les amendements de suppression n° 1037 de Mme Raymonde Poncet Monge et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires et n° 1225 de Mme Céline Brulin et des membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky, sur avis défavorable de la commission et du Gouvernement.

3. La position du rapporteur

Le rapporteur préconise à l'Assemblée nationale d'adopter cet article obligatoire dans les mêmes termes.

*

* *

Article 52
Objectif de dépenses de la branche vieillesse

Origine de l'article : projet de loi (modifié par la lettre rectificative).

Sort à l'Assemblée nationale : modifié.

Sort au Sénat : supprimé.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● 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*.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a transmis cet article dans sa rédaction issue de la lettre rectificative.

Cependant, l'article 52 lui-même n'a pas eu le temps d'être soumis au vote de l'Assemblée nationale avant que le ministre chargé des relations avec le Parlement constate l'expiration du délai de vingt jours dont elle dispose en première lecture.

L'objectif ainsi transmis au Sénat ne reflétait donc pas les votes intervenus à l'Assemblée nationale, notamment ceux par lesquels les députés ont :

– supprimé l'article 44 relatif au gel des prestations sociales, ce qui aurait dû conduire le Gouvernement à rehausser l'objectif de dépenses de 2,2 milliards d'euros (économies attendues sur la branche vieillesse du fait de ce gel) ;

– modifié l'article 45 *bis* afin d'étendre le périmètre de la suspension de la réforme des retraites aux assurés en carrières longues, aux fonctionnaires des catégories active et super-active, aux assurés nés au premier trimestre de l'année 1965 et aux assurés de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte, ce qui aurait dû conduire le Gouvernement à rehausser l'objectif de dépenses de 200 millions d'euros supplémentaires.

On peut donc estimer que l'objectif réel de dépenses qui aurait dû être transmis au Sénat était plus proche de 310 milliards d'euros.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

● Le Sénat a adopté un amendement n° 1878 du Gouvernement suivant l'avis favorable de la commission. Cet amendement modifie l'objectif de dépenses pour tirer les conséquences des votes des sénateurs. Par rapport à la version issue de la lettre rectificative, il prend notamment en compte :

– la suppression de l'article 45 *bis* relatif à la suspension de la réforme des retraites de 2023 (– 100 millions d'euros de dépenses en 2026 par rapport à l'objectif transmis au Sénat qui se fondait sur le périmètre initial et partiel de l'article 45 *bis*) ;

– le rétablissement de l'article 44 relatif au gel des prestations sociales dans une version moins brutale que celle initialement proposée par le Gouvernement [(1)] induirait de moindres économies estimées à environ 700 millions d'euros.

● Compte tenu de ces mesures, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse est rehaussé par le Gouvernement de 600 millions d'euros et ainsi porté à 308,1 milliards d'euros.

3. La position de la rapporteure

La rapporteure constate que la modification apportée à l'article 52 traduit la divergence des votes obtenus à l'Assemblée nationale et au Sénat sur des sujets qui suffisaient en eux-mêmes à expliquer l'échec de la commission mixte paritaire.

Aussi, bien qu'elle soit en profond désaccord avec la rédaction actuelle de cet article, elle propose de le maintenir en l'état et d'attendre que le Gouvernement procède à sa modification en séance pour tirer les conséquences des votes qui interviendront en séance publique à l'Assemblée nationale.

*

* *

(1) La version issue du Sénat propose une revalorisation à hauteur de l'inflation des pensions des retraités dont le montant total des pensions est inférieur ou égal à 1 400 euros brut et un gel au-delà de 1 418 euros bruts (avec un mécanisme de lissage entre ces deux bornes – voir le commentaire de l'article 44).

Article 53

Objectif de dépenses de la branche famille

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article, dans sa rédaction initiale, fixe l'objectif de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale à 59,4 milliards d'euros pour l'année 2026.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté, avec l'avis favorable de la commission, un amendement n°1879 du Gouvernement qui rehausse de 200 millions d'euros le montant de l'objectif global de dépenses de la branche famille afin de tenir compte de la création de l'article 42 *ter* qui fixe, dans la loi, l'âge de la majoration pour âge des allocations familiales à 14 ans, empêchant ainsi le Gouvernement de procéder au décalage prévu initialement, qui devait permettre une économie de 200 millions d'euros en 2026.

3. La position de la rapporteure

La rapporteure soutient l'adoption de l'article 53 dans sa rédaction issue du Sénat. En effet, la modification apportée par le Gouvernement garantit la sincérité de la trajectoire prévue en 2026.

*

* *

Article 54

Objectif de dépenses de la branche autonomie

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : adopté sans modification.

1. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale

● Cet article fixe l'objectif global de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale à 43,5 milliards d'euros pour l'année 2026.

● Dans le texte dont il a saisi le Sénat en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a retenu cet article dans sa rédaction initiale.

2. Les dispositions résultant de l'examen en première lecture au Sénat

Le Sénat a adopté cet article sans modification.

3. La position du rapporteur

Comme en première lecture, le rapporteur souligne le déficit organisé de la branche autonomie de la sécurité sociale en 2026 et pour les années suivantes, résultant d'une insuffisance des recettes qui lui sont allouées. L'augmentation nominale est en effet largement rabotée par la réalité économique : + 3,5 % de dépenses par rapport à 2025, dont il convient d'ôter 2 % d'inflation ainsi que l'augmentation tendancielle, à hauteur de + 1,2 % par an du nombre d'individus en perte d'autonomie. L'addition de ces deux mécaniques annule toute hausse des moyens en termes réel. L'inadéquation du montant des dépenses prévues en 2026 par rapport aux besoins exprimés par la population l'amène à solliciter la suppression de cet article.

*

* *

COMPTES RENDUS DE L'EXAMEN DES ARTICLES

Réunion du samedi 29 novembre à 9 heures (article liminaire à article 9 *octies)*

Lors de sa première réunion du samedi 29 novembre 2025, la commission examine, en nouvelle lecture, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n° 1907 et 1999) [(1)] *(M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs).*

M. le président Frédéric Valletoux. Mes chers collègues, la commission mixte paritaire réunie mercredi n'étant pas parvenue à un accord, notre ordre du jour appelle l'examen en nouvelle lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026. L'examen du texte en séance publique commencera mardi 2 décembre.

Le texte adopté par le Sénat compte 169 articles. Le bureau de la commission a décidé de lui consacrer une journée. Après examen de la recevabilité des plus de 600 amendements qui ont été déposés, il nous en reste un peu plus de 500 à examiner. Chacun devra donc faire preuve d'esprit de synthèse dans la présentation.

J'ai proposé à chaque groupe, ce qui suppose une bonne volonté collective, que nous nous concentrions sur les amendements considérés comme les plus importants par leurs défenseurs. Cela nous permettra d'aller le plus loin possible dans l'examen de ce texte volumineux, dont les derniers articles présentent un intérêt politique que je qualifierai d'avéré. Je rappelle que le délai de dépôt des amendements pour la séance publique, où les amendements seront examinés de façon plus approfondie, expire demain dimanche à 17 heures.

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

Amendement de suppression AS69 de Mme Ségolène Amiot

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Depuis son introduction en 2023, l'article liminaire a pour effet de mettre en déficit les administrations de sécurité sociale (Asso) et de leur faire perdre des financements. Le système fonctionnait très bien sans lui. Revenons-y.

M. Thibault Bazin, rapporteur général, rapporteur pour l'équilibre général, les recettes et la maladie. Lors de cette discussion, je m'exprimerai

---

(1) https://assnat.fr/ZS9Afn

surtout sur les articles introduits par le Sénat : il y a en a près de quarante, et je suis très intéressé de savoir ce qu'en pense notre commission. Je serai plus bref sur les dispositions que nous avons déjà discutées en première lecture.

L'article liminaire, dont la présence est rendue obligatoire par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (Lolfss), nous revient du Sénat légèrement modifié. Si les recettes des Asso pour 2025 sont inchangées, leurs dépenses sont revues à la baisse pour tenir compte de la non-revalorisation des prestations de l'Agirc-Arrco, principal régime de retraite complémentaire, laquelle entraîne une bascule de l'arrondi.

Pour 2026, les recettes des Asso ont été relevées de 0,1 point de produit intérieur brut (PIB), en raison de nouvelles compensations d'allégements par l'État ; les dépenses sont inchangées en volume. Tout cela améliore très légèrement l'excédent, qui passe de 0,1 à 0,2 point de PIB, ce qui est une bonne nouvelle. Il y en a même deux, avec l'agence S&P qui maintient la note et la perspective de la France : convenons que ce n'est pas si fréquent.

L'actualisation de l'article liminaire est une preuve de sincérité budgétaire. Avis défavorable à la suppression de cet article obligatoire.

Mme Annie Vidal (EPR). Cet article et les deux suivants sont prévus par la Lolfss. Ne pas les adopter fragiliserait considérablement le texte et ferait courir à l'ensemble de nos travaux un risque de censure.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article liminaire **non modifié**.*

PREMIÈRE PARTIE

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

Article 1er : *Rectification des prévisions de recettes, des tableaux d'équilibre et des objectifs de dépenses pour 2025*

Amendement de suppression AS80 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous espérions que le Sénat, dans sa grande sagesse, tiendrait compte de l'évolution de la situation, notamment du dynamisme bien moindre de la progression des recettes par rapport à celle des dépenses. Malheureusement, tel n'est pas le cas.

Pour inviter tout le monde à y regarder à deux fois et à ne pas valider les tableaux d'équilibre, nous proposons de supprimer l'article 1er. C'est la meilleure manière d'ouvrir le débat de manière apaisée et calme.

M. le rapporteur général. J'aime beaucoup cette idée d'un débat apaisé et calme, mais je rappelle qu'une des évolutions majeures que nous avons obtenues est la compensation à la sécurité sociale des exonérations ciblées, notamment celles visant les heures supplémentaires. Obtenir cette compensation serait une belle victoire pour la quatre-vingtième année de la sécurité sociale. Au surplus, l'article 1er est une obligation organique.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS349 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement vise à réaffecter à la branche maladie l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Je ne doute pas que nous aurons ce débat dans l'hémicycle.

M. le rapporteur général. Nous aurons surtout le débat, dès aujourd'hui j'espère, la reprise de 15 milliards d'euros de déficit votée par le Sénat. S'agissant des 16,2 milliards visés par votre amendement, ils ont déjà été versés. L'adoption de cet amendement fragiliserait juridiquement les opérations de remboursement de la dette effectuées.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). Nous aurons d'autant plus ce débat que, outre ces chiffres, l'existence de la dette de la Cades et l'échéance de 2033 nous concernent tous. Il faut s'interroger sur la suite. J'imagine que nous ferons preuve de responsabilité et saurons trouver les solutions qui vont bien.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS82 de Mme Élise Leboucher

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Pour célébrer les quatre-vingts ans de la sécurité sociale, comme nous y invite M. le rapporteur général, et trouver une solution qui va bien, comme dit M. Vigier, cet amendement vise à supprimer l'objectif d'amortissement de la Cades pour 2025. Au groupe La France insoumise, nous ne sommes pas d'accord avec les politiques de cantonnement et de financiarisation des encours et des engagements de la sécurité sociale.

Le montant des charges financières – 3 milliards d'euros – nous semble excessif. Quant à l'assiette, faire supporter les 136 milliards de la dette covid à une caisse de cantonnement alors même que l'État pourrait la faire rouler nous semble très peu légitime. Nous proposons donc de substituer, à l'alinéa 7, les mots « 0 euro » aux mots « 16,2 milliards d'euros ».

M. le rapporteur général. Supprimer l'objectif de déficit n'enlève rien au fait que les 16,2 milliards d'euros ont été amortis. L'amendement est sans utilité. Demande de retrait ou avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 1er **non modifié**.*

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

Aamendement de suppression AS87 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendements AS222 de Mme Ségolène Amiot, AS223 de M. Hadrien Clouet, AS264 de Mme Karine Lebon et AS262 de M. Yannick Monnet (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous souhaitons rectifier l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2025, qui affecte notamment les dotations versées aux hôpitaux, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou aux établissements pour les personnes handicapées, afin de réellement répondre aux besoins financiers exprimés par ces établissements.

M. Yannick Monnet (GDR). Les amendements AS264 et AS262 sont défendus.

M. le rapporteur général. On ne peut qu'être sensible à la situation des établissements de santé et des établissements et services sociaux et médico-sociaux, mais les crédits qu'il est proposé de réorienter ont déjà été dépensés. Le gage est fictif.

Demande de retrait ou avis défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'article 2 **non modifié**.*

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

Amendements de suppression AS2 de Mme Sandrine Rousseau, AS4 de Mme Sandrine Runel, AS6 de M. Yannick Monnet et AS91 de Mme Élise Leboucher

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Il s'agit de supprimer l'article 3, qui vise à diminuer de 60 millions d'euros la contribution des régimes d'assurance maladie

au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (Fmis). La modernisation des hôpitaux et de notre système de santé en général exige des investissements. Cette diminution est irresponsable compte tenu de l'état du patrimoine hospitalier.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS4 est défendu.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je défends l'amendement AS91. Il faut en effet revaloriser le montant affecté au Fmis. Mardi dernier, il y a eu une mobilisation devant le centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse. Ce dernier est tellement asphyxié qu'une de ses solutions pour faire des économies consiste à refouler les personnes qui se présentent aux urgences vers l'ambulatoire, ce qui ne me semble pas une logique tout à fait pertinente.

Dans un CHU comme celui de Toulouse, le Fmis finance l'équipement informatique, la rénovation des chambres et la nouvelle maternité. On ne peut pas faire d'économies sur ces postes, à moins d'en reporter la charge sur les patientes et les patients et, plus généralement, sur les usagères et les usagers. Cela me paraît être une politique tout à fait détestable, ainsi qu'à tout le monde : j'imagine donc que ces amendements seront adoptés.

M. le rapporteur général. Investir dans la modernisation de notre système de santé est une impérieuse nécessité si nous voulons qu'il soit plus efficace, plus efficient, plus pertinent, bref de qualité. Au demeurant, je ne suis pas satisfait du tour de passe-passe comptable qui nous est présenté. Toutefois, supprimer l'article 3 ne changera rien, l'opération ayant déjà eu lieu – elle a été enregistrée le 8 juillet. Nous nous contentons de l'inscrire dans la loi.

J'essaie d'être honnête et sincère avec vous. Je m'associe au message que vous voulez envoyer et espère que le Gouvernement le recevra, mais je demande le retrait de ces amendements. Sinon, je leur donnerai un avis défavorable.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Vous comprendrez que votre argument ne peut nous satisfaire. Ce n'est pas parce qu'une mesure a été prise que nous devons l'entériner dans le PLFSS. Nous maintiendrons nos amendements.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). C'est la troisième fois que vous nous dites que de toute façon, les opérations ont été exécutées. Si nous ne sommes qu'une chambre d'enregistrement, enregistrons ! Nous, ce que nous proposons, c'est d'écrire la loi.

Ce n'est pas parce que des sommes ont déjà été dépensées ou supprimées que nous sommes d'accord pour l'inscrire dans la loi. À un moment donné, il faut se rendre compte que nous ne sommes pas censés enregistrer ce que le Gouvernement a déjà décidé, déjà commencé à verser ou à retirer. Il faut arrêter de nous prendre pour des idiots.

M. le rapporteur général. Le PLFSS présente la particularité que sa première partie porte sur l'année en cours, ce qui n'est pas le cas du projet de loi de finances (PLF). Or nous sommes le 29 novembre. Il s'agit de dresser un tableau des opérations de l'année qui s'achève aussi sincère que possible. La diminution du Fmis était prévue depuis février et l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

M. Philippe Vigier (Dem). Je salue l'effort de sincérité budgétaire du rapporteur général, non sans déplorer les transferts entre branches de la sécurité sociale, qui devraient être l'exception et non la règle. Ces changements d'aiguillage ne contribuent pas à la lisibilité et à la compréhension de l'usage de l'argent public et de l'affectation des dépenses et des recettes.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 3 est ***supprimé****.*

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

La commission ***adopte*** *l'article 3* bis ***non modifié****.*

Puis elle ***adopte*** *la première partie du projet de loi* ***modifiée****.*

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*

Amendement AS5 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Il s'agit d'un sujet que nous n'avons pas abordé lors de la première lecture. Nous proposons de supprimer les alinéas de l'article 4 prévoyant la suppression de la publicité des créances de la sécurité sociale, ce qui prive les acteurs économiques de la connaissance de la fragilité des entreprises quant à leurs dettes auprès de la sécurité sociale.

Le Sénat a remplacé cette obligation de publicité par une simple information du président du tribunal de commerce compétent. La publicité des sûretés accordées aux organismes de sécurité sociale nous semble pourtant avoir un effet pédagogique

et dissuasif, tout en contribuant à la transparence de la situation économique puisqu'il s'agit de créances privilégiées.

M. le rapporteur général. Certes, les dispositions adoptées par le Sénat induisent une perte dans les informations utiles aux tribunaux de commerce pour proposer un accompagnement aux entreprises en difficulté. Toutefois, la transmission régulière par l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) au président du tribunal de commerce compétent d'un récapitulatif des créances de cotisation excédant un certain montant me semble une évolution satisfaisante. Elle supprime le risque que des cotisations ne soient pas recouvrées en raison d'un défaut d'inscription tout en préservant l'accès des tribunaux de commerce à des informations nécessaires à leur action de prévention des difficultés des entreprises.

L'article 4 a pour objet de sécuriser le recouvrement des créances contractées par les entreprises, ce qui est vertueux du point de vue du financement de la sécurité sociale.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). J'hésitais à voter l'amendement, mais M. Bazin m'en a convaincu. S'il s'agit de sécuriser le recouvrement des créances des entreprises, alors il faut rendre visibles les impayés. Il me semble donc que tout le monde votera l'amendement.

M. Philippe Vigier (Dem). Je partage l'avis du rapporteur général. Tout créancier de premier rang qu'il est, l'Urssaf ne recouvre pas les créances qui n'ont pas été inscrites à temps au registre du tribunal de commerce.

Plus ceux qui doivent décider disposent des informations nécessaires, plus ils sont en mesure de le faire, me semble-t-il. Les dispositions adoptées par le Sénat vont dans le bon sens.

M. Jérôme Guedj (SOC). Qui peut le plus peut le moins. L'inscription sur un registre public est d'abord une information pour les autres acteurs économiques. Si vous souhaitez que le président du tribunal de commerce reçoive par ailleurs une information spécifique, nous pouvons l'ajouter par sous-amendement., mais on peut aussi imaginer qu'il aille consulter le registre public.

En revanche, on ne peut réserver la publicité de l'impayé d'une entreprise au président du tribunal de commerce. Cette information concerne aussi les autres acteurs économiques, partenaires de l'entreprise. Elle a de surcroît un effet dissuasif qui peut améliorer le recouvrement des dettes, ce qui est aussi une priorité à nos yeux.

M. le rapporteur général. Le problème est que chaque année, des créances sociales ne sont pas recouvrées faute d'avoir été inscrites à temps. L'obligation de publicité a donc pour effet de réduire la part des créances recouvrées par l'Urssaf,

ce qui est contraire à l'objectif que nous visons tous. Sa suppression libère en outre des moyens pour le recouvrement.

L'équilibre auquel le Sénat est parvenu me semble bon. Je n'exclus pas qu'il soit amélioré, mais rétablir l'obligation de publicité des créances sans autre solution nous replongera dans la situation actuelle, ce qui est préjudiciable à la sécurité sociale.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 4* ***non modifié****.*

Article 4 ***bis*** **A (nouveau)** : *Réitération des déclarations sociales par les employeurs suspectés de recourir à des entreprises éphémères*

Amendement de suppression AS597 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Avec cet amendement, nous entamons le travail de suppression ou de modification d'ajouts malheureux effectués par le Sénat – qui n'en prendra sans doute pas ombrage, ayant lui-même supprimé des modifications issues de l'Assemblée nationale, selon le fonctionnement normal du bicaméralisme. Cet article que nous voulons supprimer entend renforcer les obligations déclaratives des employeurs suspectés de recourir à des entreprises éphémères. Ces dernières sont un fléau et l'objectif visé me semble légitime, mais le dispositif imaginé par le Sénat paraît inopérant.

D'abord, il est difficile de déterminer quelles obligations supplémentaires pèseraient sur les employeurs entrant dans son champ d'application, dans la mesure où il ne prévoit la transmission d'aucune donnée qui ne figure dans les déclarations sociales que tout employeur est tenu de souscrire. En outre, obliger certaines entreprises à établir des déclarations sociales dans un autre cadre que celui de la déclaration sociale nominative semble contraire à l'objectif de simplification des déclarations, tout en présentant un intérêt limité pour lutter contre la fraude. La complexité favorisant la fraude, il faut aller vers la simplification. Enfin, le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, dont Patrick Hetzel est le rapporteur, comporte des dispositions visant à prévenir l'organisation par certaines entreprises de leur insolvabilité, notamment la création d'une procédure de flagrance sociale qui me semble être une piste plus prometteuse que l'article introduit par le Sénat.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le groupe des Insoumis votera contre cet amendement. Si surprenante que puisse paraître cette convergence de vues entre le groupe La France insoumise et le Sénat, l'amendement Goulet, dont est issu l'article 4 *bis* A, est proche de l'amendement Clouet dont nous avions débattu, à ceci près que nous portions la pénalité à 15 % du plafond mensuel de sécurité sociale au lieu de 1,5 % – il y a un moyen terme à trouver ! Mais déclarer sans délai une présomption de fraude nous semble utile pour recouvrer des impayés.

Mme Annie Vidal (EPR). Nous voterons la suppression de l'article 4 *bis* A. Sur le fond, nous partageons l'avis du rapporteur général. Par ailleurs, nous examinerons bientôt le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, qui contient des dispositions bien plus pointues en matière de flagrance sociale que le présent article 4 *bis* A.

M. Patrick Hetzel (DR). Je confirme que ce projet de loi contient des dispositions en matière de flagrance sociale qui seront nettement plus efficaces.

La commission ***rejette*** *l'amendement*.

Puis elle ***adopte*** *l'article 4* bis *A* ***non modifié***.

Article 4 *bis* B (nouveau) : *Extension à de nouvelles catégories de cotisants du rôle des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales en matière de validation des immatriculations au guichet unique des entreprises*

La commission ***adopte*** *l'article 4 bis B* ***non modifié***.

Article 4 *bis* C (nouveau) : *Possibilité pour les employeurs et les travailleurs indépendants ultramarins de conclure avec les organismes de recouvrement des plans d'apurement de leurs créances sociales*

Amendement de suppression AS598 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je vous propose de supprimer cet article introduit par le Sénat pour créer, à titre temporaire, un dispositif dérogatoire permettant aux employeurs et aux travailleurs indépendants ultramarins de conclure des plans d'apurement de leurs créances sociales. Je partage l'intention de favoriser le règlement amiable des arriérés de cotisations d'entreprises exposées à des fragilités économiques structurelles, mais les mesures proposées me semblent inadéquates.

Elles s'inspirent de dispositions dérogatoires que nous avons connues pendant la crise sanitaire : les employeurs et les travailleurs indépendants avaient été autorisés à conclure des plans d'apurement de leurs créances pour une durée limitée à trois ans dans l'Hexagone et à cinq ans dans les outre-mer. Depuis, la possibilité de conclure des plans d'apurement, d'une durée de cinq ans et assortis d'une remise partielle des cotisations, a été ouverte uniquement aux employeurs et aux travailleurs indépendants mahorais par l'article 29 de la loi d'urgence pour Mayotte du 24 février 2025 afin de faire face aux conséquences du cyclone Chido. Je ne pense pas qu'il soit opportun d'étendre à l'ensemble des territoires ultramarins des mesures mises en place dans le contexte d'une crise d'une gravité exceptionnelle.

Par ailleurs, la suspension du recouvrement des cotisations entraîne des pertes de recettes pour la sécurité sociale, et l'article adopté par le Sénat prévoit que

la simple demande d'un plan d'apurement met fin de plein droit aux éventuelles poursuites en cours, ce qui pourrait donner lieu à des détournements du dispositif.

Enfin, il n'est pas certain que des mesures communes à l'ensemble des territoires ultramarins permettent de prendre en compte efficacement les besoins spécifiques de chacun d'eux et de leurs entreprises. Il me semble qu'il serait plus opportun d'inviter les créanciers publics à mener une action adaptée à la situation individuelle de chaque débiteur, y compris par la négociation de plans d'apurement dans le cadre de la commission des chefs de services financiers instituée dans chaque département. Il importe avant tout de traiter les causes des problèmes de trésorerie que rencontrent les entreprises ultramarines, telles que les retards de paiement auxquelles elles sont confrontées.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

En conséquence, l'article 4 bis *C est* ***supprimé****.*

Article 4 ***bis*** : *Report de l'intégration des activités de garde d'enfants de moins de 6 ans au service d'avance immédiate de crédit d'impôt pour les services à la personne*

Amendement de suppression AS320 de Mme Joëlle Mélin

M. Christophe Bentz (RN). En écho à ce que vous avez dit au début de cette réunion, monsieur le président, nous ne souhaitons pas avoir aujourd'hui pour la troisième fois des débats qui ont déjà eu lieu en première lecture, en commission puis en séance, mais plutôt nous concentrer sur les points irritants qui nous viennent du Sénat, du fait de ses ajouts ou au contraire de ses suppressions. Nous n'avons ainsi déposé qu'une trentaine d'amendements. Celui-ci vise à ne pas décaler de 2026 à 2027 la prise en compte des activités de garde d'enfants de moins de 6 ans dans le cadre du service d'avance immédiate de crédit d'impôt.

M. le rapporteur général. J'ai beaucoup critiqué le texte qui vient du Sénat, mais en l'occurrence le présent article a été introduit par notre Assemblée, en séance. J'aimerais beaucoup donner un avis favorable à votre amendement, car tout le monde serait heureux que le service en question soit effectif le plus tôt possible, mais nous ne devons pas faire fi des réalités. J'ai reposé la question : la Caisse nationale des allocations familiales et la direction générale des finances publiques ne sont pas en mesure d'appliquer la mesure au 1er juillet prochain.

Je le déplore, mais des difficultés techniques subsistent en ce qui concerne le rattachement de l'enfant au foyer fiscal du bénéficiaire du crédit d'impôt, l'identification de l'état civil des enfants et, dans le cadre de la garde d'enfants au domicile du particulier par un organisme prestataire, l'identification du tiers de confiance chargé du versement des prestations sociales et de la sécurisation des données ainsi que des factures transmises. Si le système n'était pas fiabilisé et sécurisé, il pourrait se retourner contre les parents. Nous avons donc prévu la mise

en application du dispositif au 1er septembre 2027, mais en précisant que nous souhaitions, si possible, une accélération.

Pour mémoire, 1 700 000 usagers du chèque emploi service universel avaient recours au dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt fin 2024.

Afin de ne pas risquer d'envoyer dans le mur certains de nos concitoyens, je vous invite à retirer votre amendement. Sinon, avis défavorable.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 4* bis ***non modifié****.*

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

Amendement AS461 de Mme Camille Galliard-Minier

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). La réforme de la sécurité sociale des artistes-auteurs qui figurait dans cet article a été largement modifiée par le Sénat. Nous souhaitons en revenir à ce que nous avions voté. En l'espèce, cet amendement a pour objet de rétablir le nom que nous souhaitions donner à la future instance, qui deviendra ainsi le conseil national de la protection sociale des artistes-auteurs, comme ces derniers le demandent. Une telle dénomination rapprochera les prérogatives de la nouvelle instance de celles du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et permettra de rétablir la confiance, ce qui me semble indispensable.

M. le rapporteur général. Nous savons le travail de qualité que vous avez accompli avec notre collègue Soumya Bourouaha au sujet des artistes-auteurs. Les sénateurs ont estimé qu'il ne revenait pas à la loi de déterminer le nom d'une association régie par la loi de 1901. Comme en première lecture, je constate pour ma part que votre amendement se borne à réserver l'emploi d'une dénomination particulière à l'association qui recevra l'agrément des pouvoirs publics. Cette nuance me conduit à m'en remettre, de nouveau, à la sagesse de la commission. Il n'y aura pas, à proprement parler, d'immixtion dans le fonctionnement de l'association et ce que vous proposez permettra de marquer, sur le plan symbolique, une rupture avec les défaillances passées du régime de protection sociale des artistes-auteurs.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

Amendements identiques AS211 de Mme Ségolène Amiot et AS399 de M. Hendrik Davi, amendement AS449 de Mme Camille Galliard-Minier et sous-amendement AS615 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Notre amendement tend à rétablir, avec une rédaction simplifiée, l'organisation d'élections professionnelles au sein de la

sécurité sociale des artistes-auteurs, afin que les assurés sociaux reprennent le contrôle de leur régime.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Mon amendement, cosigné par Soumya Bourouaha, avec qui j'ai mené une mission « flash » sur cette question, et par le président de notre commission, va dans le même sens. La tenue d'élections, qui correspond à une forte demande des artistes-auteurs, réintroduira de la démocratie et restaurera une confiance dont nous avons absolument besoin.

M. le rapporteur général. Le Sénat est revenu sur deux modifications importantes que nous avions apportées : la suppression de la représentation des organismes de gestion collective (OGC) dans le conseil d'administration et le rétablissement des élections professionnelles. Il faut rétablir ces deux dispositions. Mon sous-amendement vise simplement à se donner un peu plus de temps pour établir la base électorale et la procédure à suivre afin que les opérations se déroulent dans de bonnes conditions, en reportant au 1er janvier 2027 l'élection des représentants des artistes-auteurs au conseil d'administration. J'invite à retirer les amendements AS211 et AS399 au profit de celui de Mme Galliard-Minier, sur lequel j'émets un avis favorable sous réserve qu'il soit sous-amendé dans le sens que je propose.

M. Yannick Monnet (GDR). J'aimerais connaître la position de Mme Galliard-Minier au sujet du sous-amendement.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Nous avons naturellement envie que les élections professionnelles soient organisées le plus tôt possible. Je rejoins le rapporteur général, il convient que ce soit fait dans les meilleurs délais, étant entendu aussi qu'il existe cinq branches professionnelles et qu'une réflexion est nécessaire. Nous verrons d'ici à la séance s'il faut attendre jusqu'au 1er janvier 2027 ou si une date intermédiaire peut être retenue. Dans l'immédiat, nous pouvons adopter mon amendement et éventuellement, dans cette perspective, le sous-amendement du rapporteur général.

Un mot, aussi, à propos des OGC, puisque les amendements les concernant risquent de tomber : les OGC n'étaient pas présents au conseil d'administration, mais le Sénat a souhaité les y introduire.

M. le rapporteur général. Vous savez que les amendements adoptés en commission ne modifient pas le texte examiné en séance. Je vous propose de déposer pour la séance un amendement identique à celui de Mme Galliard-Minier, qui contient quelques améliorations rédactionnelles judicieuses, et de débattre par voie de sous-amendements de la date des élections. Je regarderai d'ici à la séance s'il est techniquement possible de les avancer.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Votre sous-amendement ne prévoit pas seulement un décalage dans le temps, mais aussi la suppression de la référence à des représentants « élus ». Ce terme est important car il implique une désignation démocratique. Quelle est, derrière cette modification, votre volonté ?

M. le rapporteur général. Je n'ai pas pour volonté cachée qu'il n'y ait pas d'élections ! J'y suis, je l'ai dit, favorable. Le problème est que l'article entrerait en vigueur au 1er janvier 2026 mais que l'élection aurait lieu plus tard. Je suis prêt à modifier la rédaction de mon sous-amendement. Ce qui m'importe, c'est l'existence d'un processus électoral réaliste.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Une fois n'est pas coutume, je rejoins Mme Amiot. Dans le sous-amendement, la phrase « À compter du 1er janvier 2027, les représentants des artistes-auteurs affiliés sont désignés conformément aux résultats des élections professionnelles » ne laisse aucun doute. En revanche, on peut se demander pourquoi, au I, vous voulez supprimer le mot « élus » qui figure dans mon amendement. Ce mot indique clairement qu'une élection aura lieu. Il me semble qu'il faudrait trouver une autre rédaction, monsieur le rapporteur général, ce qui pourrait être aussi l'occasion de modifier la date. Demande de retrait ! *(Sourires).*

M. le rapporteur général. Tout l'intérêt du travail parlementaire est d'aboutir aux meilleures rédactions possibles. Je propose donc de rectifier mon sous-amendement pour n'en garder que le II.

*La commission **rejette** les amendements AS211 et AS399.*

*Puis elle **adopte** successivement le sous-amendement AS615 rectifié et l'amendement AS449 **sous-amendé**.*

*En conséquence, les amendements identiques AS212 de M. Hadrien Clouet et AS450 de Mme Camille Galliard-Minier ainsi que l'amendement AS453 de Mme Camille Galliard-Minier **tombent**.*

Amendement AS94 de Mme Élise Leboucher

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous nous opposons depuis le début à la dématérialisation totale des déclarations des artistes-auteurs. Il faut absolument maintenir l'égalité entre toutes et tous en ce qui concerne non seulement l'accès aux droits, mais aussi les obligations déclaratives. La dématérialisation suppose qu'on ait accès à internet – c'est-à-dire qu'on ne vive pas dans une zone blanche – et qu'on ait les moyens de posséder un ordinateur. Or tout le monde n'est pas forcément équipé ni capable d'utiliser les outils numériques. Il est impossible d'ignorer la fracture numérique qui existe dans notre pays. Permettre la dématérialisation est une bonne chose, mais l'imposer à toutes et tous sans prendre en compte l'existence d'impossibilités me paraît absurde. On risque de plonger certains artistes-auteurs dans la panade.

M. le rapporteur général. Vos propos seraient justes si nous en étions restés à la rédaction initiale de l'article, qui prévoyait la dématérialisation de l'ensemble des déclarations. Mais nous avons modifié le texte sur ce point en séance. La priorité sera donnée à la dématérialisation, mais elle ne sera plus automatique. Un amendement, que vous avez d'ailleurs voté, a maintenu les

modalités actuelles pour les personnes qui ne seraient pas en mesure de faire leurs déclarations d'une façon dématérialisée. Nous nous sommes inspirés des dispositions applicables aux déclarations fiscales, et je pense que nous avons trouvé un équilibre. Ceux qui ne pourront pas s'y prendre autrement pourront continuer à faire des déclarations par voie non dématérialisée. Votre amendement ne permettrait plus de simplifier la procédure.

Par conséquent, demande de retrait, sinon avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Dans la rédaction actuelle de l'alinéa 19, les intéressés « effectuent » par voie dématérialisée leurs déclarations et non plus « peuvent effectuer », ce qui nous fait sortir d'un cadre permettant une déclaration papier. L'alinéa 21 ne l'autorise qu'à titre dérogatoire : il faudra effectuer une démarche particulière pour ne pas avoir à faire ses déclarations d'une façon dématérialisée. Je propose de rétablir la rédaction que nous avions adoptée en première lecture.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Je partage l'idée qu'il est nécessaire de donner aux artistes-auteurs la possibilité de faire leurs déclarations par les deux voies, mais la rédaction de cet article le permet désormais. À la suite du travail réalisé par Mme Bourouaha, par vous, monsieur le président, par M. Bazin et par moi-même, celui qui ne pourra faire sa déclaration de façon dématérialisée aura la possibilité de s'y prendre autrement. Le texte me paraît donc satisfaisant en l'état.

M. le rapporteur général. Madame Amiot, votre amendement supprimerait les alinéas 18 à 21. Dès lors, on ne donnerait plus la priorité à la dématérialisation. Pour ce qui est des dérogations, une simple déclaration suffira. Aux termes de l'alinéa 21, « les personnes qui indiquent [...] ne pas être en mesure de souscrire ces déclarations ou d'effectuer ces versements par voie dématérialisée ne sont pas tenues d'y procéder par ce moyen ». La rédaction actuelle me semble donc équilibrée.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS98 de M. Damien Maudet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Cet amendement tend, un peu, à rompre avec le mythe de l'artiste maudit qui vit et meurt dans la misère, vue comme la condition de la création.

Il faut maintenir l'ensemble des dispositions actuelles en matière de protection sociale, qui ont fait leurs preuves. La commission d'action sociale notamment, dont l'existence est menacée par ce texte, joue un rôle fondamental pour la sécurité matérielle et donc intellectuelle et artistique des créateurs et des créatrices, en particulier par l'accompagnement qu'elle assure pour les surcotisations et les rachats de trimestres. Le plafond annuel de l'aide qu'elle peut apporter a été déjà ramené d'un peu plus de 700 euros, il y a une dizaine d'années,

à 400 euros et des brouettes. Ne supprimons pas la commission d'action sociale. Si nous proposons de la maintenir, c'est parce que nous savons comment elle fonctionne et, surtout, qu'elle est plébiscitée par plus de vingt organisations d'artistes-auteurs. De l'Association des auteurs de bande dessinée à l'Union nationale des peintres illustrateurs, tout le monde est favorable à son maintien. Je ne comprendrais pas qu'on mette fin à cette commission sans avoir prouvé qu'il existe une meilleure solution, dans un contexte marqué par le doute sur la gestion et la gouvernance paritaires.

M. le rapporteur général. Je vais vous rassurer : nous ne mettons pas fin à la commission d'action sociale. Elle continuera clairement à exister, au sein de l'association agréée, qui aura compétence pour définir les orientations de l'action sanitaire et sociale mise en œuvre par l'Urssaf.

Je vous invite donc à retirer votre amendement. Sinon, avis défavorable.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Je tiens aussi à rassurer M. Clouet. L'association agréée aura notamment pour attribution d'établir les orientations générales de l'action sanitaire et sociale, qui sera simplement mise en œuvre par l'Urssaf du Limousin. Il ne paraît pas nécessaire de rappeler que la commission d'action sociale est maintenue.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Tout d'abord, personne ne met en doute la compétence de l'Urssaf du Limousin, dont les experts pourront faire le travail d'accompagnement nécessaire. La question est celle de la présence de membres élus qui représentent directement les artistes-auteurs. Comment fera-t-on remonter les informations et les alertes, comment adaptera-t-on au mieux la gestion du régime ? La commission d'action sociale nous semble avoir des vertus supérieures au dispositif que vous proposez. Je crains un effacement de la voix des organisations des assurés et des artistes-auteurs eux-mêmes, alors que personne n'est mieux placé qu'elles et eux pour connaître leurs problèmes matériels, intellectuels et moraux.

M. le rapporteur général. Nous venons de voter pour l'élection de représentants des artistes-auteurs au conseil d'administration de l'association agréée, au sein de laquelle se trouvera la commission d'action sociale, qui sera chargée de définir les orientations. Je pense que votre amendement est satisfait.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 5 **modifié**.*

Article 5 *bis* : *Subordination de l'affiliation des bailleurs à métayage au régime des non-salariés agricoles à une participation effective à l'activité de l'exploitation agricole*

*La commission **adopte** l'article 5* bis ***non modifié***.

Article 5 *ter* : *Exonération partielle de cotisations sociales pour les collaborateurs de chef d'exploitation agricole qui choisissent de devenir chef d'exploitation*

Amendement AS562 de M. Thibault Bazin et amendements identiques AS8 de M. Laurent Wauquiez, AS321 de M. Christophe Bentz, AS428 de Mme Annie Vidal et AS477 de M. Philippe Vigier (discussion commune)

M. le rapporteur général. Je propose de rétablir cet article moyennant quelques modifications rédactionnelles. Il vise à faciliter la transition des conjoints collaborateurs atteignant la limite de cinq années d'exercice et désireux d'opter pour le statut de chef d'exploitation, en leur ouvrant droit aux exonérations de cotisations actuellement applicables aux jeunes agriculteurs. J'ai eu l'occasion d'échanger avec le ministère de l'agriculture, qui est très investi sur la question des femmes agricultrices et très soucieux de favoriser de bonnes conditions. L'exonération dégressive qui s'appliquerait paraît très raisonnable puisqu'elle devrait coûter, selon les éléments dont nous disposons, 3,5 millions d'euros par an en moyenne, contre 48 millions pour l'exonération de cotisations destinée aux jeunes agriculteurs.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS8 a pour objet d'étendre aux conjoints collaborateurs de chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole le bénéfice de l'exonération de cotisations sociales applicable aux jeunes agriculteurs. Nous avions adopté en commission, à l'initiative du rapporteur général, un amendement allant dans ce sens, mais le Sénat a supprimé cette disposition. Nous proposons de la rétablir pour inciter à opter pour le statut de chef d'exploitation ou d'entreprise, dans une logique de valorisation du monde agricole, préoccupation constante des députés du groupe Droite Républicaine.

M. Christophe Bentz (RN). Monsieur le rapporteur général, merci d'avoir rappelé que nos votes ne modifient malheureusement pas le texte qui sera examiné mardi en séance publique – ce sera la version issue du Sénat. Il est important que ceux qui nous suivent le sachent.

L'article 5 *ter*, qui prévoit des exonérations de cotisations sociales pour les collaborateurs des chefs d'exploitation agricole – souvent les conjoints – fait partie des dispositions que le Sénat a supprimées. Nous souhaitons rétablir cet article dans la rédaction que vous aviez proposée, monsieur le rapporteur général. En quoi l'amendement que vous avez déposé est-il mieux-disant ? Son adoption, si je ne me trompe, ferait tomber les autres amendements en discussion commune.

M. le rapporteur général. Je vais vous répondre d'une manière très transparente pour que vous puissiez redéposer en séance un amendement identique au mien, s'il répond à vos attentes – autant emprunter des chemins communs pour la séance. Cet amendement est tout simplement meilleur que celui que j'avais déposé en première lecture. N'y voyez pas l'orgueil de l'écrivain : c'est la navette parlementaire qui permet, et c'est d'ailleurs son avantage, d'améliorer peu à peu les rédactions. Je vous propose d'adopter tout de suite cette version clarifiée afin de

simplifier nos débats. Si nous rétablissions la rédaction issue de nos travaux en première lecture, je proposerais de l'améliorer en séance.

La commission ***adopte*** *l'amendement AS562.*

En conséquence, les autres amendements ***tombent*** *et l'article 5* ter *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 5 ***quater*** : *Mise en place d'un plan d'action ou d'une négociation sur l'emploi des seniors dans les entreprises de plus de trois cents salariés sous peine d'un malus sur les cotisations d'assurance vieillesse*

Amendements identiques AS9 de M. Jérôme Guedj, AS267 de Mme Karine Lebon et AS521 de M. Paul-André Colombani

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous proposons de réintroduire l'article issu de l'amendement de M. Colombani prévoyant un malus sur les cotisations sociales des entreprises qui manquent à leurs obligations envers les seniors. Pour répondre par anticipation à l'objection selon laquelle il s'agit d'une obligation conventionnelle qui n'a pas de sanction, nous proposons d'en introduire une, ce qui est plutôt vertueux. On nous objectera également que la modulation des cotisations vieillesse n'est pas la sanction adaptée mais, pour l'instant, c'est la seule dont nous disposions pour crédibiliser le dispositif.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS267 est défendu.

M. le rapporteur général. Ces amendements me semblent contraires à l'esprit de l'accord national interprofessionnel dont la transposition a été promulguée le 24 octobre 2025. Il ne me semble pas judicieux de rétablir l'article 5 *quater.*

On peut douter de l'existence d'un lien direct et exclusif entre l'absence de négociation et les dépenses d'assurance vieillesse : ce n'est pas automatique. En allant plus loin dans votre sens, monsieur Guedj, on pourrait imaginer une pénalité financière sans lien avec les cotisations, qui paraîtrait plus justifiée, mais il s'agirait alors d'un cavalier législatif. Je comprends votre intention, mais le PLFSS n'est pas le bon véhicule pour résoudre ce problème.

Enfin, au-delà des considérations d'opportunité, les critères de modulation des cotisations d'assurance vieillesse ne sont pas assez précis dans cet amendement.

Avis défavorable.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 5 quater *est* ***ainsi rétabli****.*

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

Amendements de suppression AS1 de M. Laurent Wauquiez, AS7 de M. Yannick Monnet, AS10 de M. Jérôme Guedj, AS208 de Mme Ségolène Amiot, AS322 de Mme Joëlle Mélin, AS397 de M. Hendrik Davi et AS522 de M. Paul-André Colombani

Mme Justine Gruet (DR). Nous souhaitons supprimer l'article 6, qui maintient les barèmes de contribution sociale généralisée (CSG) pour les pensions et les allocations chômage. Le budget présenté initialement par le Gouvernement concentre des mesures visant les retraités, avec le gel de la revalorisation des pensions et la remise en cause de l'abattement de 10 %. Certaines ont été corrigées par le Sénat, mais c'est insuffisant. L'effort demandé aux Français se répercuterait sur le pouvoir d'achat de certains ménages déjà affectés par ce budget. Le gel, par rapport à une augmentation des seuils de 1,8 point, ferait passer environ 40 000 foyers de l'exonération au taux réduit, environ 23 000 autres du taux réduit au taux médian et environ 56 000 du taux médian à l'assujettissement au taux maximal de CSG.

M. Yannick Monnet (GDR). Je constate que la droite de notre assemblée n'est pas d'accord avec la droite sénatoriale. Quant aux sénateurs, dont on loue souvent la sagesse, il me semble qu'en réintroduisant cet article 6, ils se montrent plutôt hors sol et ignorants de ce que vivent les retraités. Nous allons évidemment supprimer cet article, mais nous devrons avoir un vrai temps de débat sur cette question dans l'hémicycle. On ne peut pas se contenter de réintroduire des articles sans mesurer leurs conséquences pour les gens.

M. Elie Califer (SOC). Par l'amendement AS10, il faut effectivement supprimer l'article 6, qui prévoit le gel du barème de la CSG sur certains revenus de remplacement tels que les pensions de retraite, les pensions d'invalidité ou les allocations d'assurance chômage. En l'état, cet article entraînera des pertes de revenus massives pour les personnes aux revenus modestes, que nous défendons en ces temps de précarité. Nous souhaitons que le budget pour 2026 ne retire aucun euro de pouvoir d'achat aux ménages défavorisés.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Le Sénat a rétabli cette année blanche qui est plutôt une année noire pour les retraités et les demandeurs d'emploi, c'est-à-dire ceux qui galèrent déjà. En revanche, il s'est opposé à ce que nous ajoutions des recettes en allant chercher de l'argent dans la poche de ceux qui en ont réellement. Nous espérons, avec cet amendement, rétablir un peu de justice sociale et fiscale.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Sans vouloir refaire le débat de la première lecture, je rappelle que le groupe Rassemblement National est très opposé au gel du barème de la CSG, qui pourrait toucher 1 % à 3 % des foyers fiscaux. Par l'amendement AS322, nous proposons donc la suppression de l'article 6, qui fait d'ailleurs pendant à l'article 44 et à l'année blanche prévue pour les prestations sociales, que nous rejetons tout aussi massivement

Une certaine contradiction se manifestant entre le groupe LR de notre assemblée et celui du Sénat, j'ai, pour ma part, une petite préférence pour nos chers collègues députés LR.

M. Hendrik Davi (EcoS). L'article 6 est un cas typique de ce qui ne va pas dans ce PLFSS. Le gel des barèmes touchera les pensions les plus modestes, les personnes en invalidité, les chômeurs indemnisés : on leur demande des efforts à eux alors que les sénateurs ont encore refusé d'en demander aux plus riches – c'est-à-dire à ceux qui disposent de revenus importants provenant de leur capital – et aux entreprises – notamment aux multinationales, qui versent 80 milliards d'euros de dividendes à leurs actionnaires. Tant qu'on ne réintroduira pas plus de justice sociale, en supprimant cet article 6, et plus de recettes provenant de ceux qui gagnent beaucoup d'argent, nous ne pourrons pas voter ce PLFSS. Pour ce qui me concerne, en tout cas, je voterai contre.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Le consensus semble se faire autour de la suppression de cet article 6, qui gèlerait pour l'année 2026 les seuils de revenus déterminant l'application des taux réduits ou nul de CSG, au détriment des plus fragiles, titulaires de pensions de retraite ou d'invalidité ou encore d'allocations chômage.

M. le rapporteur général. Notre assemblée avait été assez claire en première lecture à propos tant de l'article 6 que de l'article 44, qui proposaient une année blanche pour freiner l'évolution des dépenses. Une année blanche n'est pas une bonne solution si l'on réalise de belles réformes structurelles. À défaut de telles réformes, elle peut en être une, à condition toutefois de revêtir un caractère exceptionnel. Or la rédaction de ces deux articles pose problème de ce point de vue, en particulier avec l'indexation automatique qui était prévue à l'article 6. La mesure ne concernait certes que 3 % des retraités mais pour ceux-là, elle peut sembler injuste.

J'avais suggéré en première lecture la piste d'un gel partiel, qui ne pénaliserait pas ceux qui touchent moins de 2 170 euros par mois. Dans ce schéma, seules les personnes concernées par le taux le plus élevé étaient affectées, et non pas celles qui bénéficiaient des taux inférieurs. L'Assemblée nationale n'a pas retenu cette proposition. J'en prends acte et je n'ai pas déposé de nouvel amendement en ce sens. Je m'en remets donc à la sagesse de la commission.

Je précise toutefois, monsieur Dussausaye, qu'à propos de votre groupe je ne parle pas du « FN » mais bien du « RN ». Il ne vous a pas échappé que le nôtre s'intitule DR. Employer le nom des groupes est une question de respect. Il me semble par ailleurs que la position des membres du groupe DR a été constante en première et en nouvelle lecture sur cet article.

Mme Annie Vidal (EPR). Je peux comprendre la volonté d'épargner les plus modestes d'entre nous. Je regrette que nous ne puissions pas avoir de débat sur l'article 6 car il existe une position intermédiaire, celle d'un dégel limité aux seuils

les plus faibles, ceux qui déclenchent le taux zéro et celui de 3,8 %. Nous aurions pu trouver un terrain d'entente sur ce point. Cela vaut aussi pour l'article 44, où l'on pourrait s'orienter vers un gel partiel selon des critères liés au montant des pensions ou à une progressivité. Ce débat serait intéressant et si nous ne l'avons pas ici, j'espère qu'il aura lieu en séance.

M. Philippe Vigier (Dem). Il ne faut pas croire que certains veulent aider les retraités les plus modestes ou les chômeurs et que les autres sont les méchants. Défendre les plus modestes n'est l'apanage de personne : nous sommes également en première ligne, et nous avons déjà dit que nous ferions des propositions intermédiaires. Il me semble qu'il existe un chemin entre le dégel complet et d'autres options, et j'espère que nous essaierons de le baliser ensemble. À cette occasion, et puisque la politique permet des regards sur le passé, je me permettrai de rappeler les dates auxquelles certains gouvernements, de toutes sensibilités politiques, n'ont pas hésité à décaler l'indexation des retraites – au 1er janvier, au 1er juillet, au 1er août, au 1er octobre.

Essayons donc de trouver ensemble le chemin, je pense que l'intelligence collective l'emportera.

M. Christophe Bentz (RN). Monsieur le rapporteur général, mon collègue Dussausaye se livrait à une petite taquinerie qui a néanmoins du fond, car nous ne pouvons que constater les nuances qui s'expriment, dans ce que nous appellerons alors la Droite républicaine, entre la position du Sénat et celle des députés.

Sur le fond, la restauration du gel des barèmes est l'une des nombreuses injustices sociales que le Sénat a réintroduites et l'un des points irritants auxquels nous nous opposons fermement.

M. Patrick Hetzel (DR). Certains de nos collègues semblent ignorer que nous n'avons pas de mandat impératif et que, si nos décisions étaient directement calquées sur celles du Sénat, le bicamérisme serait inutile. Soyons cohérents. Certains mouvements pratiquent certes une forme de caporalisme, mais pas le nôtre.

M. le président Frédéric Valletoux. Certains mouvements ont des sénateurs, et d'autres non.

M. Yannick Monnet (GDR). Il est plutôt rassurant qu'une organisation n'ait pas le doigt sur la couture du pantalon derrière un seul chef, car cela laisse peu de place à l'intelligence.

M. Philippe Vigier (Dem). Excellent ! Chers collègues du Rassemblement national, nous sommes ici à l'Assemblée nationale, pas au Sénat, même si nous pouvons regarder ce que font les sénateurs. Il est vrai que vous aurez du mal à vous diviser entre deux groupes, puisque vous n'en avez qu'un, ici. Je peux comprendre votre amertume, mais pour le moment les choses sont ainsi. Laissez donc le prisme sénatorial : nous sommes assez grands pour travailler tout seuls. Si ce n'était pas le cas, il faudrait nous en aller – nous, nous restons.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 6 est **supprimé** et les amendements AS209 de M. Hadrien Clouet, AS464 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, AS100 de Mme Élise Leboucher et AS207 de M. Damien Maudet **tombent**.*

Article 6 *bis* : *Augmentation du taux de la contribution sociale généralisée applicable aux revenus du patrimoine et des produits de placement*

Amendements AS31 de M. Jérôme Guedj, AS272 et AS270 de M. Yannick Monnet, AS274 de Mme Karine Lebon, amendements identiques AS19 de M. Hadrien Clouet et AS402 de M. Hendrik Davi, amendement AS21 de Mme Ségolène Amiot, amendements identiques AS27 de M. Jérôme Guedj et AS523 de M. Paul-André Colombani, amendement AS24 de M. Jérôme Guedj, amendements identiques AS20 de M. Jérôme Guedj et AS23 de Mme Élise Leboucher, amendements AS18 et AS16 de M. Jérôme Guedj, amendements identiques AS14 de M. Jérôme Guedj et AS524 de M. Paul-André Colombani, amendements identiques AS12 de M. Jérôme Guedj, AS26 de M. Damien Maudet, AS275 de M. Yannick Monnet et AS401 de M. Hendrik Davi (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). Il s'agit ici de chercher des recettes pour la sécurité sociale. Le Sénat a supprimé l'augmentation de 1,4 point de la CSG sur les revenus du capital que l'Assemblée nationale avait introduite. Mon amendement AS31 ne propose pas de la rétablir – ce sera l'objet d'autres amendements, que nous examinerons à la fin de cette discussion commune – mais de moduler l'augmentation en fonction du revenu fiscal de référence (RFR). Il a en effet été objecté, au cours du débat, que de petits épargnants pourraient être pénalisés par l'augmentation proposée. J'applique cette logique pour proposer de maintenir le taux actuel de 9,2 % pour 80 % des ménages concernés, c'est-à-dire à ceux dont les revenus sont inférieurs à quatre fois le Smic – soit 60 000 euros annuels. C'est donc au-delà de ce seuil qu'interviendra l'augmentation de la CSG sur les revenus du capital, qui atteindra 11,2 % au-delà de six fois le Smic. Bref il s'agit d'introduire une progressivité de la CSG sur les revenus du capital. Je précise que c'est pour des raisons de constitutionnalité que nous nous référons au RFR, le Conseil constitutionnel étant réticent à l'idée d'une modulation en fonction de l'ensemble du foyer.

M. Yannick Monnet (GDR). La question de fond de ce PLFSS est de savoir comment procurer des recettes à la sécurité sociale. Les amendements AS270 et AS274 proposent une augmentation de la CSG sur les revenus du capital, avec un seuil que nous proposons de fixer à 30 000 euros pour préserver les petits épargnants – chiffre qui peut être modifié par sous-amendement. De fait, les petits épargnants n'ont pas à être affectés par cette hausse.

Quant à l'amendement AS272, il vise à redonner du pouvoir d'achat en divisant par deux le taux de la CSG – prélèvement très injuste auquel nous avons toujours été opposés – pour toutes les personnes dont le revenu annuel ne dépasse

pas 0,5 fois le plafond annuel de la sécurité sociale. Cette baisse serait compensée par exemple par une taxe sur les dividendes.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Puisque le mot a été employé, il serait intéressant de voir s'il n'existe pas aussi un peu de caporalisme dans le monde de la finance.

Il y a quelque hypocrisie de la part de certaines forces politiques à nous dire qu'il faudrait faire des coupes budgétaires sauvages pour éviter des dépenses, alors qu'on obtiendrait le même effet en levant de nouvelles recettes. La question est donc de savoir quelles recettes nouvelles nous pouvons aller chercher.

Nous proposons d'augmenter légèrement la CSG sur les revenus du capital, augmentation qui ne concerne ni le livret A, ni les livrets jeune, ni les livrets d'épargne populaire, ni les plans d'épargne logement de moins de 12 ans. L'assiette de cette très légère contribution porterait sur les dividendes – 300 milliards d'euros distribués chaque année –, sur les plus-values de cessions d'actions et sur les plus-values et rentes immobilières. Nos amendements proposent différents taux, allant jusqu'à 12 %, ce qui permettrait de lever 4 milliards et de faire tomber une grande partie des économies que vous voulez faire sur le dos des contribuables et des personnes malades ou en situation de handicap.

M. Hendrik Davi (EcoS). Nous avons besoin d'argent pour sauver l'hôpital public et pour en finir avec les déserts médicaux, qui touchent un tiers de nos concitoyens. Pour cela, il nous faut trouver des recettes pour la sécurité sociale.

Notre préférence va à la remise en cause des exonérations de cotisations sociales. Or, si nous avons un débat sur les allégements généraux avec le Gouvernement, ce dernier ne semble malheureusement pas vouloir avancer. Compte tenu de l'augmentation des revenus du capital, il est cependant logique de les faire contribuer un peu plus. Nous proposons donc par l'amendement AS402 de porter le taux de la CSG sur les revenus du capital à 12 % au lieu de 9,2 %. D'après notre actualisation, les recettes ne seraient pas de 4 milliards d'euros, monsieur Clouet, mais de 5,4 milliards. Ça tombe bien, car c'est exactement, selon la Cour des comptes, ce qui manque à l'Ondam pour atteindre l'équilibre en fonction de l'évolution naturelle des dépenses de santé.

Cette mesure ne touche pas les petits épargnants, dont la plupart des livrets ne sont pas soumis à la CSG. Du reste, pour les détenteurs de livrets d'épargne logement qui auraient atteint le plafond, le coût ne serait que de 30 ou 40 euros chaque année : je pense qu'ils peuvent payer cela pour avoir une retraite à 62 ans et trouver quelqu'un en face d'eux aux urgences. Il me semble donc que l'amendement de repli de M. Guedj ne va pas dans le bon sens.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement AS21 est défendu.

M. Jérôme Guedj (SOC). Soyons lucides : au bouclage, compte tenu de ce que nous avons déjà voté en première lecture et des amendements que nous allons

examiner, nous aurons un problème de recettes. Il faut trouver des recettes dans cette première partie du PLFSS. La dernière série d'amendements identiques tend à rétablir au moins l'augmentation de 1,4 point de la CSG sur les revenus du capital, ce qui générerait 2,8 milliards d'euros. Mais nous pourrions peut-être aller un peu plus loin.

L'amendement AS27 tend donc à augmenter le taux de 2 points, pour une rentabilité de 4 milliards d'euros, l'amendement AS20 de 1,8 point pour des recettes de 3,6 milliards, et ainsi de suite. Choisissons le niveau de rendement que nous voulons obtenir pour la CSG sur les revenus du capital.

Enfin, monsieur Davi, l'amendement que j'ai présenté tout à l'heure n'est pas un amendement de repli. S'il est appelé en premier, c'est probablement parce qu'il a un rendement plus élevé que tous les autres, qu'il ferait d'ailleurs tomber s'il était voté.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Mon amendement AS523 vise à relever de 2 points le taux de la CSG assise sur le capital, afin de trouver des recettes pour le PLFSS.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement AS23 est défendu.

M. Jérôme Guedj (SOC). Mon amendement AS12 vise à rétablir la mesure sur laquelle nous avions trouvé un point de convergence et que nous avions votée, puis qui a été supprimée par le Sénat. Les amendements qui précèdent proposent des rendements un peu plus élevés – dont nous pourrions vraiment avoir besoin lorsque nous ferons le compte, dans quelques heures, des dépenses que nous avons votées.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement AS26 est défendu.

M. Yannick Monnet (GDR). D'abord, certaines recettes correspondent à des accords qui ont été passés et que je ne remets pas en cause. Ensuite, pour porter mon appréciation sur le PLFSS, je ne le comparerai évidemment pas à un budget que je considère comme idéal car j'ai bien compris que, l'Assemblée nationale étant pour les deux tiers à droite, un budget tel que je l'imagine n'adviendra pas. Mais, chers collègues du bloc central, il va tout de même falloir en lâcher un peu sur les recettes. La sécurité sociale ne survivra pas si vous n'acceptez pas certaines des recettes que nous proposons – pas toutes, certes mais plus que ce que prévoient les accords qui peuvent exister. Il faudra un minimum de recettes qui ne reposent pas sur les plus fragiles : nous avons déposé de nombreux amendements en ce sens, vous avez le choix. Je suis prêt à soutenir un budget ou à m'abstenir dès lors que l'on sentira que vous en avez lâché sur un certain nombre de recettes pour permettre de sauvegarder la sécurité sociale.

M. Hendrik Davi (EcoS). Il faut absolument voter au moins l'amendement AS401, qui faisait consensus en première lecture et qui est le *minimum minimorum* si vous voulez que notre groupe s'abstienne sur cette question.

Je précise que l'amendement de M. Guedj n'est pas appelé en premier parce qu'il procure un meilleur rendement, mais pour des raisons légistiques, parce qu'il porte sur plusieurs alinéas. Son rendement est moindre.

M. Jérôme Guedj (SOC). C'est vrai, je retire ce que j'ai dit !

M. Hendrik Davi (EcoS). Enfin, monsieur Monnet, si certains ne veulent pas augmenter les recettes, c'est précisément parce qu'ils espèrent que la sécurité sociale sera en difficulté et qu'on pourra, à la fin, la remplacer par des assurances privées. Voilà leur objectif ! Et c'est tout le débat depuis trente ans. Je serai donc très ferme dans la volonté d'obtenir des recettes pour réduire le déficit de la sécurité sociale, parce que ce déficit et les dettes des hôpitaux sont utilisés dans le but de tuer la sécurité sociale.

M. le rapporteur général. Monsieur Monnet, j'ignore s'il y a eu des accords. En tout cas je n'en ai pas été informé.

Monsieur Davi, je ne souhaite pas créer de difficultés à la sécurité sociale, ni la « tuer ». Nous pouvons avoir des désaccords de fond, mais je suis très attaché à la sécurité sociale.

Revenons-en à cet article un peu étonnant. Au Sénat, il a été supprimé. À l'Assemblée, sur un des amendements qui ont alimenté la discussion, le Gouvernement a pour la première fois sans doute dans l'histoire parlementaire rendu un avis qui n'était ni favorable, ni défavorable, ni de sagesse, mais un « *avis de responsabilité et de méthode* » qui avait pour but de nous permettre de continuer à discuter.

Oui, nous avons besoin de recettes, mais je ne suis pas certain que nous soyons tous d'accord sur celles qui sont nécessaires. Pour ma part, comme je l'ai déjà dit, je pense que le vecteur principal – et l'un des fondements de la sécurité sociale – est le travail et l'amélioration du taux d'emploi. C'est d'une efficacité redoutable, comme le dit le Conseil d'orientation des retraites pour la branche vieillesse. Cela pose d'autres questions, qui ne peuvent pas être débattues dans un PLFSS, mais qui en font la réussite.

Nous sommes saisis d'un grand nombre de propositions de rétablissement de l'article 6 *bis*, dans des versions que je vais chiffrer puisque personne d'autre ne l'a fait – c'est pourtant important, quand on veut produire des recettes. J'observe à ce propos que, alors que ce qui a été voté à l'Assemblée en première lecture était tiré d'un catalogue comportant des taux moins élevés, il n'y a désormais plus aucune proposition inférieure. Je me souviens par exemple d'un amendement progressif passant de 9,2 % à 9,5 %, puis 10,2 %, avec un rendement en deçà de 2,8 milliards d'euros. Mais j'ai l'impression que, dès qu'on a voté quelque chose, on ne redescend jamais !

Sur quoi porte cette contribution que certains appellent « CSG capital » et d'autres « CSG patrimoine » ? Sur les dividendes, les plans d'épargne logement, les

plans d'épargne en actions (PEA), les revenus de l'épargne salariale, les assurances vie, les plus-values immobilières et, plus généralement, les principaux revenus d'épargne et de placements, hormis les livrets d'épargne réglementés. Or cette épargne permet aux entreprises de financer l'innovation et, plus largement, les investissements dont nous avons besoin. Il y a donc aussi là une question de souveraineté économique.

Monsieur Guedj, l'amendement AS31 est intéressant et j'en comprends bien l'idée politique, mais sa mise en œuvre serait très compliquée. Un dispositif de même nature existe certes pour les retraites, mais ce ne serait pas si simple pour les revenus du patrimoine. En outre, vous n'avez pas chiffré son rendement.

Les amendements AS272, AS270 et AS274, qui ne sont pas chiffrés non plus, posent un problème constitutionnel car ils ne sont pas basés sur le revenu fiscal de référence. Or un tel dispositif ne peut se fonder que sur l'ensemble des revenus, pas sur ceux du patrimoine seulement.

Les amendements suivants tendent à rétablir la mesure que nous avions adoptée, avec différents taux. On peut en estimer le rendement respectif à 5,6 milliards d'euros avec les amendements AS19 et AS402 ; 4,8 milliards avec l'amendement AS21 ; 4 milliards avec les amendements AS27 et AS523 ; 3,8 milliards avec l'amendement AS24 ; 3,6 milliards avec les amendements AS20 et AS23 ; 3,4 milliards avec l'amendement AS18 ; 3,2 milliards avec l'amendement AS16 ; et 3 milliards enfin avec les amendements AS14 et AS524.

En portant le taux à 10,6 %, comme le proposent les auteurs des derniers amendements identiques, lesquels tendent à rétablir la version adoptée en première lecture, les recettes augmenteraient de 2,8 milliards d'euros.

Cette augmentation ne constitue pas une solution structurelle à même de résoudre les différents problèmes qui se posent. Je suis défavorable à tous les amendements en discussion commune.

Mme Annie Vidal (EPR). D'abord, restons respectueux. Tous les commissaires aux affaires sociales sont très attachés à la sécurité sociale – personne ici ne veut la tuer.

Ensuite, vous demandez des recettes mais s'il est question de l'article 6 *bis* aujourd'hui, c'est bien parce que la commission en avait approuvé la création. En revanche, la question plus générale des recettes et du financement de la sécurité sociale mérite un travail de fond qu'il nous faudra accomplir en dehors de l'examen des PLFSS si nous voulons que, dans quatre-vingts ans, la sécurité sociale soit toujours universelle et protectrice.

Comme en première lecture, nous sommes favorables à une augmentation de 1,4 point. Nous voterons donc pour les amendements AS12 et identiques en espérant que les précédents ne soient pas adoptés.

M. Philippe Vigier (Dem). Bien sûr, il faut sauver la sécurité sociale. Elle a été constituée par tous nos prédécesseurs, de tous les partis, et quatre-vingts ans plus tard, nous devons être au rendez-vous pour résoudre les difficultés qu'elle rencontre.

En première lecture, nous avons fait preuve de responsabilité et voté l'augmentation de la CSG patrimoine. En effet, il fallait tirer les conséquences du choix politique de suspendre la réforme des retraites. Pour ma part, j'avais proposé pour cela d'augmenter le prélèvement forfaitaire unique de 2 points, ce qui permettait de financer les 2,7 milliards d'euros nécessaires. Nous refusons de surtaxer et surtaxer encore, mais nous défendons la justice fiscale, sans tabou : nous cherchons les marges de manœuvre et nous soutenons la lutte contre l'optimisation fiscale.

Enfin, monsieur le rapporteur général, pourrez-vous nous transmettre les évaluations que vous nous avez données pour l'examen en séance ?

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Sous les termes de « revenus du patrimoine », nous parlons en fait des revenus des petits outils de capitalisation qui s'adressent aux Français modestes et de la classe moyenne : plan d'épargne logement, compte épargne logement, PEA et assurance vie. En première lecture, vous avez décidé d'augmenter de 2,8 milliards d'euros les cotisations qui pèsent sur ces petits épargnants. C'était cohérent pour la gauche, toujours désireuse d'augmenter les prélèvements obligatoires, mais elle n'y serait pas parvenue sans l'assentiment du Gouvernement. Celui-ci ne s'est pas contenté d'émettre un avis technique pour laisser la discussion se dérouler : les socialistes et les macronistes avaient tout simplement conclu un pacte afin d'éviter de nouvelles élections – qui auraient servi les Français.

Cette mesure n'est pas davantage le pendant de la suspension de la réforme des retraites : celle-ci coûte 300 millions d'euros, contre les 3 milliards que vous cherchez ici à prendre aux Français contribuables. Nous disons non.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Grâce à vos évaluations, monsieur le rapporteur général, tout le monde se rend compte qu'en adoptant mon amendement, on lèverait 5,6 milliards d'euros. Nous pourrions annuler ainsi l'année blanche et avoir encore 3,5 milliards à notre disposition ! Cela nous permettrait par exemple d'ouvrir 100 000 postes dans l'hôpital public, de revaloriser la prime d'activité ou de financer la gratuité des médicaments prescrits. Pour une fois, nous parlerions d'ouvrir des droits aux gens et non de leur en supprimer.

Par ailleurs, le récit qui met en scène la création à l'unanimité de la sécurité sociale relève du conte pour enfants. Certes, elle a bénéficié d'un accord large, mais une partie de l'extrême droite était en prison, une partie du patronat était jugée pour collaboration et une partie des syndicats cléricaux se faisaient petits : le consensus était large, mais sans les autorités collaborationnistes, pour le plus grand bien du pays.

M. Yannick Monnet (GDR). Sans faire de procès d'intention, je dis qu'à vouloir sous-doter la sécu, on la met en danger. C'était le cas du projet de loi initial.

Le Rassemblement national doit arrêter de se payer de mots. On ne peut pas d'un côté refuser les impôts et les taxes parce que ça ferait plaisir aux gens, et d'un autre vouloir une sécu : c'est démagogique. Pour avoir une sécu, il faut prélever les richesses produites – la vie, c'est comme ça.

M. Jérôme Guedj (SOC). Je le dis avec gravité, ce débat est le plus important. Je remercie les collègues du groupe EPR d'avoir permis de dégager 2,8 milliards d'euros en première lecture, mais eu égard aux questions qui se poseront dans la suite du débat, sur l'année blanche ou le doublement des franchises médicales par exemple, nous devrons encore aller chercher quelques centaines de millions ou quelques milliards supplémentaires si nous voulons que le PLFSS tienne la route. Plusieurs pistes sont possibles : la CSG capital, les allégements de cotisations, la fiscalité comportementale par exemple.

Il est vrai, monsieur Bazin, que nous considérons désormais le taux adopté en première lecture comme un socle. Nous pouvons même l'augmenter pour aborder plus sereinement les dépenses. Car ne soyons pas de mauvaise foi, même si le sujet est délicat : cette hausse ne fragilisera pas tant les petits épargnants qu'elle mettra à contribution les revenus du capital, qui ne participent pas suffisamment au financement de la sécu.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Sans les recettes nécessaires, nous ne pourrons pas assurer les dépenses. Nous nous sommes déjà inquiétés de devoir examiner celles-ci après celles-là, ce qui parfois empêche le débat.

Nous avons plusieurs fois discuté de la valeur du travail et je connais nos désaccords. Mais ici, il est question des revenus du capital, donc de la rente – l'inverse du travail. Je ne comprends donc pas que vous refusiez de les taxer. Chez les 1 % les plus riches, 32 % des revenus sont issus du capital : dès lors, quand on prétend défendre le travail, on doit soutenir la progressivité de la CSG.

M. Michel Lauzzana (EPR). Certes, il faut trouver des recettes. Mais, pour assurer l'équilibre de la sécurité sociale, il faudra aussi mener des réformes structurelles et faire des économies. Nous en avons proposé – mais certaines sont impopulaires, alors elles ne sont pas votées.

Madame Rousseau, l'augmentation de la CSG ne touchera pas que les 1 % les plus riches, sans quoi je serais d'accord. Les petites économies des gens modestes aussi seront affectées. Revenons-en à ce qui avait été voté.

Mme Justine Gruet (DR). Bien souvent, surtout quand on parle des petits épargnants, le capital est le fruit du travail. En ciblant les livrets, vous vous attaquez aux revenus des Français qui mettent de côté pour anticiper. La droite, qui ne veut pas de taxe supplémentaire, s'y opposera.

M. le rapporteur général. Monsieur Vigier, vous trouverez les chiffres que je vous ai donnés dans le compte rendu. On peut se faire une idée très simplement : sur les revenus du patrimoine, 1 point de CSG correspond à 2 milliards d'euros de recettes.

Nous sommes confrontés à une difficulté : certaines mesures de justice fiscale relèvent davantage du PLF que du PLFSS – c'est le cas de la prime d'activité, monsieur Clouet, que vous vouliez revaloriser. Nous devons veiller à ne pas nous servir du PLFSS pour répondre à des questions qui excèdent son domaine. La CSG est proportionnelle, mais ce n'est peut-être pas le bon outil pour résoudre notre problème.

Monsieur Guedj, sur les 169 articles que nous avons à examiner, je suis sûr que vous trouverez encore plein de moments importants ! M. Monnet disait qu'il fallait trouver les recettes dans les richesses produites. C'est vrai, mais il faut aussi produire plus de richesses : nous devons trouver un équilibre entre les deux. En attendant, restons factuels : le texte prévoit 660 milliards d'euros de recettes, soit 16 milliards de plus qu'en 2025. Tout cela, ce sont des cotisations et des impôts.

M. Jérôme Guedj (SOC). C'est la masse salariale qui progresse !

M. le rapporteur général. Bien sûr, et tant mieux, même si l'on aimerait qu'elle progresse encore davantage. Mais quand j'entends Mme Rousseau dire qu'il faut taxer le capital, je rappelle que l'épargne, populaire notamment, est parfois le fruit du travail et du partage de la valeur – qui est aussi un de vos objectifs. Évitons d'opposer de manière simpliste le mauvais capital et le bon travail. Souvent, on a de l'épargne parce qu'on a bossé.

La commission ***rejette*** *successivement les amendements AS31, AS272, AS270, AS274, AS19 et AS402, AS21, AS27 et AS523, AS24, AS20 et AS23, AS18, AS16, AS14 et AS524.*

Puis elle ***adopte*** *les amendements identiques AS12, AS26, AS275 et AS401.*

En conséquence, l'article 6 bis *est* ***ainsi rétabli****.*

La réunion est suspendue de dix heures cinquante à onze heures cinq.

Article 6 ***ter*** : *Extension du dispositif de lissage du revenu pris en compte pour la détermination du taux de contribution sociale généralisée applicable à certains revenus de remplacement*

La commission ***maintient*** *la suppression de l'article 6* ter.

Article 6 ***quater*** **(nouveau)** *: Exclusion des contributions employeurs destinées au financement d'un contrat solidaire « socle » de l'assiette des cotisations de sécurité sociale*

Amendement de suppression AS550 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je propose de supprimer cet article introduit au Sénat. Le PLFSS n'est pas le véhicule législatif le mieux approprié pour réformer les contrats de complémentaire santé solidaire. Un texte spécifique permettrait de faire évoluer leur périmètre, par exemple pour les recentrer sur les besoins essentiels, ou de définir précisément celui des nouveaux contrats socles.

Dans le cadre de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss), j'évalue avec Jérôme Guedj et Joëlle Mélin la répartition des dépenses entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC). Une mission gouvernementale consacrée à la coordination de l'AMO et de l'AMC sera lancée en janvier.

En l'absence de tout chiffrage de la disposition, on peut craindre les conséquences de cet article sur les recettes de la sécurité sociale. C'est pourquoi la commission des affaires sociales du Sénat avait émis un avis défavorable à l'adoption de cet article.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

En conséquence, l'article 6 quater *est* ***supprimé****.*

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

Amendements de suppression AS203 de Mme Élise Leboucher, AS213 de M. Yannick Monnet et AS323 de M. Christophe Bentz

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement AS203 est défendu.

M. Christophe Bentz (RN). En première lecture, nous avons supprimé la contribution exceptionnelle sur les complémentaires parce que ces dernières en répercuteront le coût sur leurs tarifs, au détriment du pouvoir d'achat. Le Sénat l'a rétablie. Nous voulons la supprimer de nouveau.

M. le rapporteur général. L'article 7 qui nous revient du Sénat n'est pas celui de la lettre rectificative : les 100 millions d'euros qui devaient financer la suspension de la réforme des retraites en ont disparu. N'y figure plus que le 1,1 milliard de la contribution exceptionnelle demandée aux organismes complémentaires d'assurance maladie pour 2026.

Parce que je partageais votre crainte que les organismes complémentaires ne répercutent cette contribution sur les assurés sociaux, j'ai déposé l'amendement AS568, qui sera examiné à la fin de l'article et qui vise à éviter ce risque en organisant un dialogue. C'est un point important. Or, si nous votons vos amendements de suppression, cette proposition ne sera pas examinée.

À l'été 2024, avant même de connaître le PLFSS 2025, les complémentaires ont augmenté leurs tarifs, en prévision d'une éventuelle augmentation du ticket modérateur. Cette augmentation n'a pas eu lieu. La recette de la surtarification

avoisinait 1 milliard d'euros, d'où le montant de la contribution demandée. Si cette contribution reste bien exceptionnelle, comme elle le doit, et que les tarifs ont augmenté durablement, alors la mesure est légitime.

Toutefois, nous devons garder à l'esprit que quelque 10 % des organismes complémentaires sont déficitaires. Tenus de respecter les règles prudentielles, ils sont obligés d'augmenter leurs tarifs. Le temps de dialogue que je propose de respecter permettrait également de prendre en compte leur situation.

Pour ces raisons, je vous invite à retirer vos amendements, de sorte que nous puissions discuter ceux qui suivent. À l'issue de quoi il vous sera toujours loisible de rejeter l'article – en connaissance de cause.

M. Philippe Vigier (Dem). L'exposé sommaire de votre amendement, monsieur Clouet, explique que les complémentaires répercuteront automatiquement la contribution sur les assurés sociaux. Ce ne serait pas une gestion très responsable. D'abord, elles ont des réserves prudentielles extraordinairement importantes – 85 milliards d'euros. Ensuite, la contribution de 1,5 milliard qu'elles devaient acquitter l'an dernier a été supprimée, ce qui ne les a pas empêchées d'augmenter leurs tarifs de 8 % – et du double de l'inflation sur les quatre dernières années.

Il faut déterminer comment parvenir à un accord de modération du coût tout en garantissant aux assurés sociaux une réponse satisfaisante, ou comment optimiser la répartition des charges entre les mutuelles et l'assurance maladie. Vous qui êtes si pointilleux s'agissant des deniers publics, comment expliquez-vous que les mutuelles aient 6 % de frais de gestion, contre 3 % pour l'assurance maladie ? Il me semble que toutes ces questions pourraient être mises tranquillement sur la table. Mais en tout état de cause, l'usager ne doit pas être pénalisé : ce qui s'est passé ces quatre dernières années est un pur scandale.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). L'an dernier, les mutuelles ont rehaussé leurs tarifs de façon à absorber une augmentation du ticket modérateur qui n'a pas eu lieu. Il ne s'agit que de leur demander le remboursement, légitime, du milliard qu'elles ont perçu en trop. Cela n'a rien d'une taxe. Vous nous avez suffisamment reproché d'avoir du mal à aller chercher des recettes ! Votre position est incompréhensible. On peut discuter des modalités d'application de cet article, mais certainement pas le supprimer et, ce faisant, offrir un cadeau aux complémentaires. J'aurais cru que nous parviendrions à l'unanimité sur ce sujet.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Ce n'est pas parce qu'elle n'est pas comprise que notre position est incompréhensible. Elle s'explique par l'expérience : chaque fois que la loi a augmenté les charges des complémentaires, celles-ci ont reporté la hausse sur le montant des cotisations.

Monsieur le rapporteur général, vous proposez de voter la taxe puis d'ouvrir « une négociation relative aux conditions tendant à ce que le montant de la contribution instituée [...] ne soit pas répercuté sur les cotisations ». Autrement dit, d'abord les gens paieront, puis on verra si on peut trouver une solution pour que

finalement ils ne paient pas. Ce n'est pas la bonne méthode : vous mettez la charrue avant les bœufs.

On peut avancer différemment, par exemple en fixant un objectif « 100 % sécu ». Rappelons qu'une fois déduits les frais de gestion, 83 euros de cotisation à la sécurité sociale équivalent à 100 euros de cotisation pour une complémentaire : la sécu est toujours plus efficace, plus rentable et plus économe que le privé. Alors avançons dans cette direction. La droite veut sans cesse créer des impôts et encore des impôts, je ne suis pas d'accord ! *(Rires.)* Élargissons la sécurité sociale, réduisons les frais de gestion et faisons des économies qui ont du sens, pour améliorer les droits de la population.

M. Yannick Monnet (GDR). J'ai deux raisons pour souhaiter la suppression de cet article. D'abord, il crée un système dont le coût reposera sur les assurés sans soumettre les complémentaires à la moindre contrainte : vous serez impuissants à empêcher ces dernières de reporter la taxe sur les cotisations.

Par ailleurs, je ne souhaite pas donner plus de place aux complémentaires. Si l'on considère qu'elles sont une alternative au financement de la sécurité sociale, on fait glisser cette dernière vers un fonctionnement assurantiel.

Pour nous, cette mesure est donc doublement inacceptable. Elle ne peut même pas être aménagée : elle est le début d'une dérive qui va coûter cher à la sécurité sociale et aux assurés.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Augmenter la taxation des mutuelles sans contraindre leur politique tarifaire revient *de facto* à reporter cette augmentation sur les usagers, qui ne bénéficient pas tous d'une prise en charge par leur employeur : encore une fois, ce sont les plus fragiles qui la subiront. Je suis favorable à ce que nous regardions de très près le patrimoine et la gestion des mutuelles, mais nous ne pouvons pas le faire sans limiter l'augmentation de tarifs qu'elles imposent à leurs adhérents.

M. Christophe Bentz (RN). Vous arrivez parfois à nous convaincre, monsieur le rapporteur général, mais ce ne sera pas le cas cette fois-ci. Je vous mets en garde contre l'effet cliquet : si les complémentaires répercutent la hausse des taxes sur leurs tarifs, elles ne reviendront pas en arrière. Comme souvent, le provisoire sera durable.

M. Michel Lauzzana (EPR). La hausse a déjà eu lieu, et les mutuelles ne baisseront pas leurs tarifs. Je voudrais rappeler que les assurés français bénéficient toujours du reste à charge le plus faible au monde et que la part de l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé n'a cessé d'augmenter dans notre pays, passant de 76 % en 2012 à 79,6 % en 2022, ce qui est considérable. Nous proposons d'appliquer une taxe pour la seule année 2026, assise sur les cotisations des adhérents, sans répercussion pour ces derniers.

Enfin, monsieur Monnet, vous ne nous avez pas proposé une « grande sécu » qui absorberait toutes les mutuelles, bien que cela soit, me semble-t-il, l'aboutissement logique de votre raisonnement.

M. Nicolas Turquois (Dem). Il me semble que nous devrions pouvoir trouver un accord puisque nous partageons un regard critique à l'égard des complémentaires, tant en ce qui concerne leurs tarifs que leurs réserves financières parfois hors normes ou leurs frais de gestion. Il faut bien réfléchir au message que nous souhaitons leur adresser. À cet égard, ce prélèvement aurait du sens. Il existe certes un risque qu'il soit répercuté sur les tarifs mais un groupe de travail a été constitué récemment sur ce sujet autour de Stéphanie Rist. Je ne suis pas naïf, mais je crois que nous devons envoyer un signal fort aux complémentaires, qui dysfonctionnent et remboursent mal.

M. Jérôme Guedj (SOC). Les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) sont, pour 47 % d'entre eux, des mutuelles, pour 36 %, des entreprises d'assurance et pour 17 %, des institutions de prévoyance. Comme d'autres, je me bats contre la redondance entre leurs missions et celles de l'assurance maladie, mais aussi contre leurs frais de gestion, qui sont à peu près équivalents à ceux de l'assurance maladie – ils s'élèvent à près de 7 milliards d'euros. Or l'assurance maladie verse 270 milliards de prestations par an quand eux n'en acquittent que 40 à 42 milliards. Sur ce sujet qui prend de l'ampleur, je pense que nous pouvons parvenir à un consensus.

Comme je l'ai dit, il est nécessaire de dégager des recettes pour la sécurité sociale. Par cohérence, je ne voterai donc pas ces amendements de suppression. Cela étant, pour répondre aux inquiétudes relatives au pouvoir d'achat, je vous proposerai, par mon amendement AS35, d'interdire la répercussion de la contribution exceptionnelle sur les cotisations. Il conviendra de s'assurer de son caractère opérant et de sa conformité à la Constitution, mais, en tout état de cause, il a été jugé recevable. Son adoption enverrait un signal aux Ocam, dans le prolongement de l'action de Stéphanie Rist, et permettrait d'augmenter les recettes tout en préservant le pouvoir d'achat des adhérents.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS3 de Mme Sandrine Rousseau

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Cet amendement de repli vise à ne faire peser la contribution que sur les institutions privées à but lucratif, et donc à en exonérer les mutuelles. Il s'agit de distinguer les bonnes pratiques, de nature mutualiste, des autres.

M. le rapporteur général. L'adoption de votre amendement conduirait à exonérer deux tiers des acteurs. Le monde des assurances, des mutuelles et des instituts de prévoyance se caractérise par une certaine diversité. L'évolution de la répartition des charges entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire devra nous conduire à nous interroger sur le rôle de chaque acteur

eu égard aux différents risques. La prévoyance, constitue, à mes yeux, notre principal défi.

Je vous invite à retirer votre amendement afin que nous puissions débattre des amendements AS35 et AS568. À défaut, avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR). Monsieur Lauzzana, vous dites que nous n'avons pas proposé la « grande sécu », mais je vous rappelle que notre amendement visant à instaurer le « 100 % sécu » a été considéré comme un cavalier.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS111 de Mme Ségolène Amiot

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous proposons que la nouvelle contribution ne s'applique pas aux complémentaires santé dont les tarifs n'auront pas augmenté en 2026. En effet, certaines d'entre elles, fidèles à l'esprit mutualiste, ne cherchent pas à faire du profit.

M. le rapporteur général. Une complémentaire peut avoir augmenté ses cotisations en 2025 – anticipant une hausse du ticket modérateur qui n'a finalement pas eu lieu – avant de stabiliser leur montant en 2026, auquel cas votre amendement serait dépourvu d'effets.

Je vous invite à le retirer ; à défaut, l'avis serait défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Les augmentations de 2026 ayant déjà été annoncées, il est possible de faire un tri entre complémentaires et de récompenser celles qui n'ont pas prévu d'accroître leurs tarifs.

M. Philippe Vigier (Dem). L'an dernier, j'ai trouvé inacceptable que les complémentaires augmentent leurs tarifs de 8 % alors que le ticket modérateur n'a pas été relevé. Je ne comprends pas pourquoi vous ne vous faites pas preuve d'un plus grand volontarisme pour chercher à récupérer le milliard et demi d'euros qu'elles ont indûment perçu. La question centrale, comme l'a souligné le rapporteur général, est la répartition des remboursements entre l'assurance maladie et les mutuelles. À titre d'exemple, l'assurance maladie – qui paie 82 % des dépenses de santé – consacre 3,5 milliards à la prise en charge des affections de longue durée tandis que les mutuelles ne versent pas un euro, malgré les dispositions contractuelles. Je n'émets de fatwa contre personne mais je crois nécessaire de mieux équilibrer les choses et de mettre un coup d'arrêt à ce qui se passe depuis quatre ans.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS105 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS25 de Mme Sandrine Rousseau

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Cet amendement vise à faire reposer la contribution exceptionnelle sur le résultat annuel imposable des organismes complémentaires, c'est-à-dire sur leur bénéfice.

M. le rapporteur général. Le résultat imposable est une base beaucoup plus restreinte que les cotisations ; il peut même être négatif. En outre, le bénéfice de chaque compagnie ou mutuelle ne sera pas connu avant le début de l'année 2027, alors que les cotisations le seront dès janvier 2026. Enfin, je ne vois pas en quoi un tel changement d'assiette éviterait le report de la charge réelle sur les cotisants.

Je vous invite donc à retirer votre amendement ; à défaut, l'avis serait défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS35 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Comme je l'ai évoqué tout à l'heure, cet amendement exprime la volonté de l'Assemblée que les Ocam n'augmentent pas leurs cotisations l'an prochain.

M. le rapporteur général. J'ai la conviction que cette disposition serait censurée par le Conseil constitutionnel, soit qu'il y voie un cavalier législatif, soit qu'il l'analyse comme une violation de la liberté contractuelle, surtout pour les situations en cours. C'est pourquoi, étant tout aussi soucieux que vous de prévenir le risque d'augmentation des cotisations, je propose une rédaction légèrement différente. Mon amendement AS568, qui prévoit d'associer l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, trouverait davantage sa place dans la loi de financement telle que définie par la loi organique.

Je vous propose donc de retirer votre amendement au profit du mien.

M. Jérôme Guedj (SOC). Je souscris à vos propos mais j'estime qu'il est nécessaire que nous envoyions un signal dès aujourd'hui.

M. Yannick Monnet (GDR). Cet amendement énonce l'inverse de ce qu'il veut faire puisqu'il préserve les recettes des organismes – la perte étant compensée – tout en faisant assumer le coût de la mesure, *in fine*, par les assurés. Je sais bien que la majoration de l'accise sur les tabacs est la modalité de financement la plus simple, mais les fumeurs sont aussi des assurés sociaux ! Je suis donc farouchement opposé à cet amendement.

M. Jean-François Rousset (EPR). Ce débat m'incline à penser que nous pourrions redéfinir le rôle des mutuelles et la prise en charge de la prévention, pour ne citer que ces questions. Rappelons que les mutuelles existent depuis 1790 et

qu'elles ont été les premières à protéger ceux qui n'avaient pas les moyens de payer leurs soins. Nous ne voterons pas l'amendement de M. Guedj mais soutenons l'idée d'envoyer un signal fort aux mutuelles. Je vous propose que tous les membres de la commission rédigent ensemble une tribune, dans laquelle nous exprimerions notre point de vue sur les mutuelles et mettrions en perspective nos réflexions, ce qui pourrait contribuer à ce que les tarifs n'augmentent plus de manière automatique.

M. Philippe Vigier (Dem). Les mutuelles doivent assumer elles-mêmes la non-augmentation des tarifs, au moyen de leurs réserves, sans la reporter sur les assurés. Rappelez-vous qu'il y a une dizaine d'années, le Gouvernement avait dû revenir très rapidement sur sa décision d'instituer un moratoire sur les tarifs autoroutiers. Ne nous lançons pas dans quelque chose qui ne fonctionnerait pas. Cela étant, nous partageons avec Jérôme Guedj et d'autres collègues la volonté de rediscuter de l'accord de modération et de la répartition des remboursements. Les quatre dernières années ont été édifiantes : on ne peut pas continuer ainsi.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Il est effectivement des sujets dont notre commission doit débattre, comme la place des complémentaires et leur politique tarifaire, notamment depuis la mise en place obligatoire des mutuelles dans les entreprises privées et, à présent, dans la fonction publique. Du fait de la double cotisation, par l'employeur et l'employé, on se rend difficilement compte du niveau exact de leurs tarifs. Il faudrait également mettre en regard les coûts auxquels elles font face et les cotisations qu'elles prélèvent. J'ai une conviction personnelle sur ce sujet mais je vous invite aussi, monsieur le président, à vous en saisir et éventuellement à diligenter une mission « flash ». Nous devons vérifier les chiffres concernant les dernières années et nous intéresser de près à ce que les mutuelles font de l'argent public et de celui des assurés – salariés comme employeurs.

M. le président Frédéric Valletoux. Vous avez raison, il y a là un sujet que nous avons tous le souhait d'approfondir collectivement. Je rappelle toutefois que la Mecss s'en est saisie. Peut-être conviendrait-il, à l'issue de l'examen du PLFSS, de relancer ces travaux.

M. Jérôme Guedj (SOC). Vous êtes naturellement tous les bienvenus pour participer à nos travaux sur la répartition entre AMO et AMC.

Je voudrais rassurer Yannick Monnet : mon amendement a pour objet de bloquer les prix ; le gage ne vise qu'à garantir sa recevabilité. Nous souhaitons lancer un message fort, d'ici à la séance, sur la non-augmentation des tarifs et la préservation du pouvoir d'achat. Cela état, nous voterons l'amendement de M. Bazin.

M. le rapporteur général. Madame Amiot, le Sénat a publié un rapport d'information très intéressant, en septembre 2024, sur les complémentaires santé et les mutuelles. Quant à l'évaluation de la Mecss, elle concerne la répartition des charges entre l'assurance maladie et les complémentaires, qui est un sujet essentiel sur lequel nous devons avancer. Les questions contractuelles ne peuvent passer par

une loi de financement de la sécurité sociale mais elles méritent que nous nous en saisissions collectivement.

Je comprends que vous souhaitiez envoyer un message, monsieur Guedj, mais nous devons aussi être attentifs au fond. Dans la mesure où les tarifs de 2026 ont été votés l'été dernier, c'est sur ceux de 2027 que la contribution supplémentaire de près de 1 milliard d'euros – qui se fonde sur la hausse de 2025 – risque de se répercuter. Pour les assurés sociaux, ce serait la double peine. Je vous invite encore une fois à retirer votre amendement et, éventuellement, à prévoir une mesure concernant les tarifs de 2027.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Amendements AS507 de M. Philippe Vigier et AS441 de Mme Sandrine Rousseau (discussion commune)

L'amendement AS441 est ***retiré****.*

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *l'amendement AS507.*

Amendement AS568 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je vous propose de compléter l'article 7 par les mots : « Avant le 31 mars 2026, le Gouvernement et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engagent avec l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie une négociation relative aux conditions tendant à ce que le montant de la contribution instituée par le présent article ne soit pas répercuté sur les cotisations d'assurance maladie complémentaire stipulées au cours des exercices en cours et à venir par les organismes assujettis. »

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

M. le rapporteur général. Je vous invite à reprendre cette rédaction en séance afin que nous puissions envoyer un message collectif.

La commission ***adopte*** *l'article 7* ***modifié****.*

Article 7 ***bis*** : *Instauration de niches sociale et fiscale en faveur des coopératives pharmaceutiques*

La commission ***maintient*** *la suppression de l'article 7* bis*.*

Article 7 ***ter*** : *Soumission des contrats de complémentaire santé à destination des agriculteurs retraités à un taux réduit de taxe de solidarité additionnelle*

Amendements identiques AS571 de M. Thibault Bazin et AS478 de M. Philippe Vigier

M. le rapporteur général. Je crois utile de rétablir cet article, qui avait été introduit par Justine Gruet et Éric Liégeon : l'allégement qu'il prévoit, situé dans une fourchette de 100 à 200 millions d'euros, reste modéré au regard du faible niveau de pension des affiliés aux deux régimes de la Mutualité sociale agricole (MSA) et des primes plus élevées qui leur sont facturées. J'appelle le ministère de l'agriculture, celui du travail et des solidarités ainsi que la caisse centrale de la MSA, à veiller à ce que les complémentaires répercutent bien la baisse de la taxe de solidarité additionnelle sur leurs tarifs.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 7 ter *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 7 ***quater*** **(nouveau)** : *Extension au régime agricole de la mutualisation des coûts associés aux maladies professionnelles afin d'améliorer le taux d'emploi des travailleurs handicapés*

La commission ***adopte*** *l'article 7* quater ***non modifié****.*

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

Amendement AS610 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à supprimer l'introduction, décidée par le Sénat, d'un nouveau cas de déblocage de l'épargne salariale assorti d'une réduction du taux de forfait social.

L'amendement dont ces modifications résultent ouvrait à des salariés la possibilité de mobiliser des droits constitués dans le cadre de dispositifs de partage de la valeur ajoutée et affectés à un plan d'épargne en entreprise, afin de favoriser l'acquisition d'une partie du capital d'une entreprise par ses salariés. Corrélativement, il soumettait au forfait social, au taux réduit de 8 %, les droits attribués au titre de la participation aux résultats de l'entreprise concernés par ce déblocage.

Si l'objectif d'étendre à de nouvelles entreprises le dispositif de déblocage anticipé de l'épargne salariale applicable aux sociétés coopératives de production peut constituer une piste intéressante pour favoriser la reprise d'une entreprise par ses salariés, le mécanisme introduit par le Sénat est inopérant. En effet, les sommes qu'il soumet à un taux réduit du forfait social ne sont actuellement pas assujetties à ce prélèvement, lequel s'applique aux abondements de l'employeur à la réserve de participation mais non aux revenus tirés de l'épargne salariale. Je propose donc de supprimer ce dispositif.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Amendement AS324 de M. Gaëtan Dussausaye

M. Gaëtan Dussausaye (RN). La multiplication des ruptures conventionnelles interroge, mais il ne nous semble pas opportun de les limiter par la seule augmentation des cotisations à la charge de l'employeur. Voilà pourquoi je vous invite à supprimer l'alinéa 4 de l'article 8.

M. le rapporteur général. Cet alinéa traite également de la mise à la retraite d'un salarié, même contre sa volonté. Autrement dit, vous souhaitez supprimer le passage de 30 à 40 % du taux de la cotisation employeur applicable aux indemnités de rupture conventionnelle mais aussi à celles relatives à la mise à la retraite. Je suis très attaché au maintien dans l'emploi, y compris des personnes qui s'approchent de l'âge légal de départ à la retraite. Les ruptures conventionnelles sont parfois utilisées pour anticiper la sortie du marché du travail au détriment des salariés expérimentés mais aussi du financement du système de protection sociale dans la mesure où elles donnent lieu au versement d'allocations d'assurance chômage.

Opérer un prélèvement sur ces indemnités me semble juste, d'autant que le taux de 40 % reste inférieur à celui appliqué aux ruptures classiques du contrat de travail. La suppression de la mesure nous priverait de 260 millions d'euros de recettes.

M. Philippe Vigier (Dem). Le recours aux ruptures conventionnelles a explosé, notamment dans les grands groupes, où elles sont devenues un outil de gestion offrant souvent au salarié quittant l'entreprise trois ans de salaire et quelques autres avantages. Il ne faut surtout pas supprimer l'alinéa 4, car les ruptures conventionnelles sont une arme de destruction massive de l'emploi des seniors.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). L'alinéa 4 est cosmétique et traduit un manque de courage. Il faudrait débattre de l'élaboration d'autres outils de limitation du recours aux ruptures conventionnelles, comme l'interdiction d'en signer plus d'une par décennie. Comme la mesure prévue dans le texte n'aura aucune incidence, il est préférable de ne pas pénaliser davantage les employeurs et de supprimer cette disposition.

M. le rapporteur général. Je ne comprends pas votre idée de limiter les ruptures conventionnelles à une tous les dix ans. Une personne mise d'office à la retraite deux ans avant l'âge de départ légal pâtirait d'une telle mesure, tout comme notre système de protection sociale. Le taux de 40 % reste plus attractif que celui appliqué à un licenciement, par exemple, qui s'élève à 47 %.

Je vous invite à retirer votre amendement ; à défaut, l'avis serait défavorable.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 8* ***non modifié****.*

Article 8 *bis* A (nouveau) : *Plafonnement de certaines exemptions d'assiette de cotisations sociales pour les salariés dont la rémunération excède trois fois le salaire minimum*

Amendements de suppression AS603 de M. Thibault Bazin et AS394 de M. Laurent Wauquiez

M. le rapporteur général. Je vous propose de supprimer l'article 8 *bis* A, introduit par le Sénat. Mme Runel nous a dit lors de la commission mixte paritaire que le texte du Sénat était pire que celui déposé par le Gouvernement : peut-être avait-elle cette disposition à l'esprit.

Cet article vise à plafonner l'exemption d'assiette des cotisations sociales applicable à certains dispositifs de partage de la valeur ajoutée au sein de l'entreprise. À partir de 6 000 euros de versements annuels et pour les seuls salariés gagnant plus de 3 Smic, les revenus tirés de la participation, de l'intéressement, de l'épargne salariale et des primes des plans de partage de la valorisation de l'entreprise seraient réintégrés dans l'assiette des cotisations.

Je suis, par principe, favorable aux dispositifs de partage de la valeur ajoutée, dont les cadres supérieurs ne sont pas les seuls à bénéficier. Je comprends les amendements qui visent à faire évoluer le seuil de 6 000 euros, mais les personnes percevant des revenus inférieurs pourraient également être affectées si ces outils étaient moins utilisés.

Cela ne nous interdit pas de réfléchir aux façons de rendre certains dispositifs plus efficients ni de chercher à corriger d'éventuels effets d'aubaine. Notre commission s'est d'ailleurs saisie de la question des compléments de salaire exemptés de cotisations en sollicitant l'avis du Conseil des prélèvements obligatoires (CPO). Toute restriction de ces mécanismes mérite au moins une réflexion approfondie. Le CPO a d'ailleurs lui-même souligné que l'introduction d'un plafonnement semblable à celui prévu par cet article, « q*ui n'existe pas en l'état* », nécessiterait « *des investigations complémentaires* », parce que ce dispositif « *pourrait accroître la complexité des obligations reposant sur les entreprises* ». La disposition introduite par le Sénat ne me semble pas mûre techniquement.

Mme Justine Gruet (DR). Je défends l'amendement AS394. L'adoption de cette mesure fragiliserait un levier essentiel d'attractivité de la France et entraînerait un surcoût pour les entreprises. Nous souhaitons favoriser la participation.

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous cherchons à dégager des recettes pour financer la sécurité sociale. Or le rendement du mécanisme introduit par le Sénat n'est pas négligeable, puisqu'il est d'environ 400 millions d'euros.

Le dispositif porte sur une partie des 85 milliards d'euros de compléments de salaire, ceux-ci n'étant pas tous soumis, selon la Cour des comptes, à un niveau

comparable de contribution. L'article 8 du PLFSS initial, que nous avons heureusement vidé de sa substance, se concentrait sur les titres-restaurant et les chèques-vacances. Plusieurs amendements visent à modifier le seuil – Philippe Vigier propose de le fixer à 9 000 euros : nous pouvons en débattre, mais nous ne devons pas nous priver de recettes issues des compléments de salaire, lesquels représentent, selon la Cour des comptes, un substitut, de plus en plus employé, à l'augmentation des salaires – ces derniers étant soumis aux cotisations sociales. Il faut lutter contre cet effet d'aubaine.

Cette mesure est la seule source de recettes supplémentaires introduite par le Sénat. Au milieu d'une kyrielle de petites horreurs figure cette bonne disposition, issue d'un amendement de Mme Annie Le Houerou, qui a su convaincre ses collègues. Conservons cette recette qui nous aidera à boucler le PLFSS.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je suis également opposé à cet amendement de suppression. Même si c'est une sénatrice socialiste qui a proposé la mesure, celle-ci n'aurait pu être adoptée sans le soutien de membres du groupe Les Républicains : je suis donc un peu surpris par votre position, monsieur le rapporteur général.

Je plaide pour un système dans lequel tous les revenus seraient assujettis aux prélèvements sociaux, à des taux éventuellement plus bas. L'architecture actuelle est mitée et illisible. Cotiser à partir d'un certain niveau de revenu me semble aller dans le bon sens, mais, dans sa rédaction actuelle, la mesure aurait un effet trop fort ; il faut relever le seuil. Même si cette mesure crée de la complexité, elle est souhaitable car chaque revenu doit générer des cotisations.

M. Philippe Vigier (Dem). Il faut aller chercher un peu de fiscalité sur ces compléments de salaire. Le seuil de 6 000 euros est trop bas : chacun doit parcourir une partie du chemin pour aboutir à un compromis. Une exemption pure et simple de cotisations ne me semble pas acceptable.

Mme Annie Vidal (EPR). Nous voterons en faveur des amendements de suppression de l'article, car nous refusons le plancher de 3 Smic et jugeons trop faible le seuil de 6 000 euros.

M. Yannick Monnet (GDR). Je partage presque tous les propos de mon collègue Turquois. Il sera, par conséquent, d'accord avec moi pour supprimer, à l'avenir, toutes les exonérations de cotisations, quitte à attribuer des aides directes et conditionnelles.

M. le rapporteur général. Monsieur Turquois, j'exerce librement ma fonction de rapporteur général et ne me sens pas lié par les décisions des sénateurs de mon parti : pour preuve, je propose la suppression de dix-neuf articles introduits par le Sénat.

Votre estimation de 400 millions d'euros, monsieur Guedj, ne prend pas en compte l'assurance chômage : si on l'intègre, on atteint 700 millions. Ne laissons pas croire que les revenus concernés ne sont soumis à aucun prélèvement pour

l'employeur : en effet, ils sont assujettis à la CSG – à un taux supérieur à 9 % –, mais également à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et à 20 points de forfait social.

Si ces outils de partage de la valeur ajoutée devenaient moins intéressants, ils seraient moins utilisés. Une telle évolution ne me semble pas souhaitable, même si ce jugement n'efface pas toutes les questions légitimes que vous avez soulevées.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 8 bis *A est* ***supprimé*** *et les amendements AS110 de M. Hadrien Clouet, AS535 de Mme Karine Lebon, AS114 de M. Damien Maudet, AS509 de M. Philippe Vigier, AS386 de M. Jérôme Guedj et AS422 de M. Hendrik Davi* ***tombent****.*

Article 8 ***bis*** : *Expérimentation de la possibilité pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole d'opter pour que leurs cotisations soient calculées sur la base d'une estimation de leurs revenus professionnels de l'année en cours*

Amendement AS475 de M. Philippe Vigier

M. Philippe Vigier (Dem). Certains agriculteurs traversent une crise très aiguë. Pour les aider, nous souhaitons qu'ils puissent calculer les cotisations à la MSA sur le fondement des revenus de l'année de leur paiement et non de ceux des années précédentes. Le montant des cotisations s'adapterait ainsi aux variations considérables de la trésorerie.

M. le rapporteur général. Nous étions parvenus à un point d'équilibre à l'issue de nos débats en décidant de lancer une expérimentation. Je vous propose de retirer votre amendement au profit de mon amendement AS599.

M. Philippe Vigier (Dem). J'accepte, à la condition que nous cosignions un amendement allant en ce sens en séance publique.

L'amendement est ***retiré****.*

La commission ***adopte*** *l'amendement rédactionnel AS599 de M. Thibault Bazin.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 8* bis ***modifié****.*

Article 8 ***ter*** : *Ajustement et pérennisation du régime social de certains instruments de fidélisation des salariés et dirigeants d'entreprise par leur association au capital*

Amendements de suppression AS30 de Mme Ségolène Amiot et AS42 de M. Jérôme Guedj

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous nous opposons à la création d'une nouvelle niche sociale, en l'occurrence sur les *management packages*, qui constituent un dispositif d'intéressement au capital des cadres supérieurs et des dirigeants par la distribution d'actions gratuites et ordinaires ainsi que de stock-options. Ces instruments existent déjà pour les rachats d'entreprise par endettement et favorisent la spéculation.

Nous proposons de supprimer cette niche sociale, qui ne favorise que des actifs en mesure d'acquitter des cotisations et de financer notre système de protection sociale, dont les recettes augmenteraient si notre amendement était adopté.

M. le rapporteur général. Vos amendements suppriment l'article mais pas la niche sociale. Vous souhaitez débattre de l'opportunité de cet instrument d'intéressement, mais l'adoption de votre amendement ne ferait que revenir sur l'ajustement et la pérennisation de la composante sociale du régime applicable à cet outil.

En première lecture, l'Assemblée a assuré une coordination entre les composantes fiscale et sociale de ce régime afin de s'assurer qu'elles recouvrent les mêmes éléments de rémunération. Nous avons accru la sécurité juridique en alignant les définitions du code général des impôts et du code de la sécurité sociale – la première était en effet plus précise que la seconde. Votre amendement supprime cette coordination mais non le régime de cet outil d'intéressement.

Je vous demande de retirer votre amendement ; à défaut, l'avis serait défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'article pérennise tout de même une niche sociale. Nous refusons la consécration d'un tel instrument, qui permet aux manageurs et aux grands dirigeants de spéculer et d'éviter la cotisation sociale alors qu'ils ont les moyens de l'acquitter. Cessons de mettre davantage à contribution travailleurs et retraités, et refusons d'exonérer les individus qui possèdent le plus gros pouvoir de contribution. La logique du texte est absurde.

M. le rapporteur général. Le régime fiscal est déjà pérennisé. Quant au régime social, qui relève du PLFSS, le Sénat a exaucé votre vœu et supprimé sa pérennisation. Dans l'amendement AS600, je proposerai de la rétablir : c'est cet amendement qui devrait susciter votre opposition !

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS33 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement de repli vise à empêcher la pérennisation de l'exonération de cotisations. L'article va plus loin que ce que vous en dites, monsieur le rapporteur général. Il n'est pas acceptable de

continuer de faire des cadeaux aux plus riches alors que nous recherchons des recettes supplémentaires.

M. le rapporteur général. Lisez l'article : vous verrez que le Sénat a supprimé l'alinéa 9. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS601 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à supprimer une nouvelle exemption d'assiette de CSG et de cotisations sociales, introduite par le Sénat, portant sur la mise à disposition par l'employeur de billets d'événements sportifs. Cette dernière constitue un avantage en nature auquel il ne me semble pas justifié d'accorder un traitement social particulier ; cela créerait un précédent susceptible d'entraîner l'exclusion d'autres avantages en nature de l'assiette sociale.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS600 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je vous propose de rétablir la pérennisation, supprimée par le Sénat, de la composante sociale du régime spécifique d'assujettissement aux prélèvements sociaux et fiscaux de certains revenus tirés de dispositifs particuliers d'intéressement de certains salariés et dirigeants aux résultats de l'entreprise. Il ne semble pas opportun que la composante sociale du dispositif demeure limitée dans le temps alors que sa composante fiscale ne l'est pas. En outre, l'intérêt de l'encadrement temporel des systèmes dérogatoires doit être concilié avec l'exigence de sécurité juridique et de stabilité de la norme fiscale et sociale : il faut donner de la visibilité aux entreprises.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **rejette** l'article 8* ter.

Article 8 *quater* : *Précision relative au champ des bénéfices intégrés à l'assiette sociale des travailleurs indépendants agricoles et exonération de contribution sociale généralisée des indemnités d'abattage affectées à la reconstitution du cheptel*

Amendement AS604 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à apporter plusieurs corrections à la définition de l'assiette des contributions sociales des non-salariés agricoles, qui a été réformée par un amendement gouvernemental au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Il est proposé d'exclure les bénéfices commerciaux et non commerciaux relevant de régimes fiscaux simplifiés de l'assiette de droit commun, de préciser

que les revenus soumis aux régimes fiscaux simplifiés des micro-bénéfices industriels et commerciaux (BIC) et micro-bénéfices non commerciaux (BNC) ne sont compris dans l'assiette des microentreprises agricoles et des travailleurs relevant du forfait forestier qu'à la condition qu'ils soient issus d'activités relevant du régime de protection sociale des exploitants agricoles, et de corriger deux erreurs de référence.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

En conséquence, l'amendement AS492 de M. Philippe Vigier ***tombe****.*

Amendement AS495 de M. Philippe Vigier

M. Philippe Vigier (Dem). L'amendement AS492, qui est tombé, visait à corriger une petite imperfection du code de la sécurité sociale et à réintégrer dans l'assiette des contributions sociales les activités relevant du régime fiscal des micro-BIC et micro-BNC et affiliées à la MSA.

Lorsqu'un agriculteur effectue un don en nature issu de sa production agricole, il est tenu d'intégrer le montant de ce don dans son résultat fiscal, lequel sert de base au calcul des cotisations sociales et des prélèvements sociaux. Ce régime ne favorisant pas les dons, l'amendement AS495 vise à exonérer ceux-ci de tout prélèvement social.

M. le rapporteur général. Je vous invite à redéposer votre amendement AS492 en séance publique, car il contribue à un combat que nous menons en commun en faveur de la correction des assiettes et des références.

S'agissant de l'amendement AS495, nous avons débattu de cette mesure en première lecture. Les dons bénéficient déjà d'une réduction d'impôt sur le revenu ou d'impôt sur les sociétés à hauteur de 60 % de la valeur du bien, dans la limite de 20 000 euros ou de 5 ‰ du chiffre d'affaires lorsque ce dernier montant est plus élevé. Le coût du dispositif atteindrait 1,73 milliard d'euros en 2026 : je ne suis pas certain qu'il faille y ajouter une exonération sociale. En outre, le régime social ne diffère pas selon la nature du don : les versements qui donnent lieu à cette réduction d'impôt ne sont pas déductibles du bénéfice imposable. Par conséquent, le montant des sommes versées ou, dans le cas des dons en nature, celui correspondant au coût de revient des biens donnés, est intégré au résultat comptable pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations et contributions sociales.

Je vous demande de retirer l'amendement ; à défaut, l'avis serait défavorable.

L'amendement est ***retiré****.*

La commission ***adopte*** *l'article 8* quater ***modifié****.*

Article 8 ***quinquies*** : *Exclusion des plus-values de court terme de l'assiette sociale de certains travailleurs indépendants agricoles*

Amendements identiques AS605 de M. Thibault Bazin et AS480 de M. Philippe Vigier

M. le rapporteur général. Cet amendement assure une coordination avec la disposition introduite par le Sénat à l'article 8 *quater*, qui vise à étendre à l'assiette des contributions sociales des exploitants agricoles une exonération fiscale relative aux indemnités d'abattage de troupeaux prévue par l'article 10 du PLF. Je propose d'étendre cette déduction aux revenus soumis aux régimes fiscaux simplifiés des bénéfices agricoles.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 8* quinquies ***modifié****.*

Article 8 ***sexies*** : *Réduction des allégements généraux de cotisations patronales pour les branches dont les minima sont inférieurs au Smic*

Amendements identiques AS28 de Mme Sandrine Rousseau, AS45 de M. Jérôme Guedj, AS404 de M. Hendrik Davi, AS525 de M. Paul-André Colombani et AS539 de M. Hadrien Clouet

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Il s'agit de rétablir l'article supprimé par le Sénat.

M. Hendrik Davi (EcoS). Mon amendement a pour objet de réorienter les allégements de cotisations sociales pour les rendre plus justes et plus efficaces. Il vise à introduire deux mesures. La première tend à encourager la revalorisation des bas salaires dans les branches dont les minima restent inférieurs au Smic. Les allégements généraux seraient calculés non plus sur le Smic mais sur les minima conventionnels pour inciter les branches à mettre leurs grilles à niveau.

La seconde, qui permettrait de récupérer des recettes pour la sécurité sociale, vise à supprimer les exonérations de cotisations sociales sur les salaires supérieurs à deux Smic. Cette niche sociale présente en effet un coût – compris entre 7 et 8 milliards d'euros – particulièrement élevé, sans avoir apporté la preuve de son efficacité sur l'emploi.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'article 8 *sexies* a été supprimé par le Sénat de manière tout à fait scandaleuse. Cette disposition vise à empêcher une partie du patronat de gagner au tirage et au grattage. Actuellement, il est possible, pour une branche professionnelle, de fixer des minima en dessous du Smic, tout en bénéficiant d'allégements de cotisations sociales pour ces salaires inférieurs au Smic. Lorsque nous en avions débattu l'année dernière, des collègues macronistes avaient affirmé que ce n'était pas grave puisque, même lorsque le salaire est inférieur au Smic, les gens sont de toute façon payés au salaire minimum. Or ce n'est pas sans conséquences car ces salariés seront maintenus longtemps au niveau du Smic : s'ils sont rémunérés 10 ou 20 % en dessous du salaire minimum, ils devront avoir cumulé cinq à dix ans d'ancienneté pour dépasser ce seuil. Ils

assument donc un coût. C'est pourquoi il est proposé de calculer les allégements de cotisations sociales à partir des minima conventionnels et non du Smic, afin de récupérer l'argent qui subventionne les bas salaires.

M. le rapporteur général. Je comprends l'idée, qui fait suite, dans une certaine mesure, aux travaux menés par Marc Ferracci et Jérôme Guedj dans leur rapport d'information. Toutefois, sa mise en œuvre soulèverait des difficultés opérationnelles. Vous avez tenté d'en tenir compte en mentionnant le cas des entreprises qui relèvent de plusieurs branches mais vous ne proposez pas de solution pour régler ces difficultés. Il est malaisé de prévoir les effets qu'aurait votre amendement dans le cas de conventions collectives comprenant des grilles salariales différentes et en présence de minima distincts.

Traiter une question de droit du travail par le biais des allégements généraux pourrait conduire à d'importants effets non souhaités, d'autant que cela concerne les branches qui ont le plus besoin de ces allègements et pour lesquelles il est le plus difficile de revaloriser les grilles salariales. Je crains que la réduction des allégements généraux accordés à ces branches se traduise davantage par la destruction d'emplois que par des hausses de salaire.

La question de la revalorisation des minima de branche est essentielle mais elle relève plutôt, à mon sens, des négociations annuelles obligatoires. Une future loi « travail », que j'appelle de mes vœux, serait un véhicule beaucoup plus approprié que le PLFSS pour traiter de ces questions.

Je vous invite donc à retirer vos amendements ; à défaut, l'avis serait défavorable.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 8 sexies *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 8 ***septies*** : *Extension aux entreprises de plus de deux cent cinquante salariés de la déduction forfaitaire de cotisations patronales sur la rémunération des heures supplémentaires*

Amendements de suppression AS214 de M. Yannick Monnet, AS471 de Mme Sandrine Rousseau et AS506 de Mme Ségolène Amiot

M. Yannick Monnet (GDR). L'extension du déplafonnement des exonérations de cotisations aux entreprises de plus de 250 salariés réduirait les recettes destinées à la sécurité sociale. Je rappelle en effet que les heures supplémentaires créent de la richesse, qui doit contribuer au financement de la sécurité sociale. Surtout, cette mesure joue contre l'emploi. Je peux comprendre que, pour une petite entreprise, il soit compliqué de créer de l'emploi en compensation de l'absence d'heures supplémentaires. Mais celles qui comptent plus de 250 salariés peuvent le faire. En les exonérant de cotisations, on ne les pousse pas à embaucher : on les incite à promouvoir les heures supplémentaires plutôt qu'à

créer de l'emploi. Contrairement à ce que prétend la droite, notamment Laurent Wauquiez, une telle mesure nuirait à l'emploi.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). On nous rabâche que les gens veulent gagner plus, et qu'il faut donc leur permettre de faire des heures supplémentaires et d'exonérer celles-ci. Or les gens ne veulent pas faire des heures supplémentaires : ils veulent juste plus d'argent. Il faudrait donc commencer par augmenter les salaires.

Par ailleurs, on se tire une balle dans le pied en continuant à exonérer les heures supplémentaires. Ce n'est pas moi qui le dis, mais la Cour des comptes, dans son rapport de 2024 sur la sécurité sociale : « *L'exonération de cotisations salariales pour les heures supplémentaires crée une impasse financière dans les droits contributifs à retraite qui doit être corrigée.* » Nous vous proposons de légiférer en ce sens.

M. le rapporteur général. Ma position ne vous surprendra pas puisque j'avais défendu cette mesure avec mon groupe. Alors que l'exonération totale de CSG sur la rémunération des heures supplémentaires aurait coûté 2 milliards d'euros, le coût du dispositif très ciblé que nous proposons est estimé à 150 millions.

Vous dites que les entreprises versant des heures supplémentaires doivent contribuer au financement de la sécurité sociale. Or c'est le cas puisque, même en étendant aux entreprises de plus de 250 salariés la déduction forfaitaire de cotisations patronales sur la rémunération des heures supplémentaires, celles-ci continueront à être assujetties à la CSG et à la CRDS. De plus, elles créent de la valeur et permettent d'alimenter la consommation, avec potentiellement des recettes de TVA. Elles contribuent en outre au bénéfice des entreprises. Tout cela rapporte ; ce n'est pas un jeu à somme nulle. Inciter les entreprises de plus de 250 salariés à recourir aux heures supplémentaires peut donc constituer, par ricochet, une mesure favorable au pouvoir d'achat.

J'entends l'inquiétude exprimée par M. Monnet, mais je ne crois pas que cela puisse conduire à supprimer des emplois. En effet, on ne parle pas ici de cotisations sociales mais de la déduction forfaitaire patronale, qui s'élève à 0,5 euro par heure supplémentaire. Il s'agit d'une belle incitation pour les entreprises, qui pourra avoir des effets positifs, mais en aucun cas d'une obligation.

Avis défavorable.

Mme Justine Gruet (DR). Monsieur Monnet, nous sommes d'accord : il faut valoriser le travail en augmentant les salaires. Pour cela, il faut réduire l'écart entre la rémunération brute et la rémunération nette, en diminuant à la fois les dépenses de bureaucratie – je vous renvoie à l'audition très intéressante que nous avons tenue la semaine dernière, qui a mis en lumière le coût des agences et des comités consultatifs – et les dépenses d'assistanat.

En travaillant 35 heures, le salarié contribue déjà à la solidarité et au financement de notre modèle social. La rémunération des heures supplémentaires doit valoriser le goût de l'effort, afin que le fruit du travail revienne à celui qui l'accomplit. La Droite Républicaine, avec Laurent Wauquiez, soutiendra donc ces exonérations parce qu'il est important, à nos yeux, de récompenser ceux qui contribuent à créer de la valeur ajoutée au sein de leur entreprise.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). À chaque fois que vous incitez aux heures supplémentaires, vous désincitez à l'embauche. C'est assez simple à comprendre pour des gens qui sont supposément les grands défenseurs de la diminution du taux de chômage et des allocations chômage. Votez ces amendements de suppression si vous ne voulez pas vous tirer une balle dans le pied.

M. Yannick Monnet (GDR). Il faut dire les choses clairement : si vous réduisez l'écart entre la rémunération brute et nette, vous ne diminuez pas la bureaucratie : vous supprimez des postes d'infirmiers et d'aides-soignants, vous réduisez les moyens de l'hôpital. C'est un choix de société que je ne partage absolument pas.

Par ailleurs, je découvre que la droite est favorable au financement de la sécurité sociale par la CSG – c'est ce que vient de dire le rapporteur général.

Enfin, le dirigeant d'une société de 250 personnes qui emploie 10 équivalents temps plein en heures supplémentaires a intérêt à continuer à recourir à ces heures supplémentaires plutôt qu'à procéder à des embauches puisque cela l'exonère du paiement des cotisations, ce qui nuit à la sécurité sociale.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 8 septies *est* ***supprimé****.*

Article 8 ***octies*** : *Rapport d'évaluation de la réforme du Régime social des indépendants et du recouvrement des cotisations au titre de ce régime*

Amendement AS526 de M. Max Mathiasin

M. Paul-André Colombani (LIOT). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *l'amendement.*

En conséquence, elle ***maintient*** *la suppression de l'article 8* octies*.*

Article 9 *: Rationalisation d'exonérations spécifiques*

Amendement de suppression AS325 de M. Gaëtan Dussausaye

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Je rappelle qu'à deux reprises – en commission et en séance –, le groupe Rassemblement National avait proposé de supprimer l'article 9. Nous n'avions pas obtenu gain de cause mais nous étions

parvenus, tant en commission qu'en séance, à vider l'article de sa substance. Le Sénat a rétabli deux des dispositifs que comprenait l'article d'origine. Je vous propose de continuer sur la belle vague de succès qu'a obtenus le RN depuis le début de nos discussions en supprimant intégralement l'article 9.

M. le rapporteur général. Votre intention est en partie satisfaite, l'article 9 ayant été, pour l'essentiel, comme vous l'avez dit, vidé de sa substance. Je vous propose de procéder de la même manière qu'en première lecture : puisque cet article traite de quatre dispositifs différents, examinons-les de manière séquencée. Cela ne vous privera pas de la possibilité de voter contre l'article.

Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Nous avons déjà eu ce débat en commission et en séance et, à la fin, nous étions parvenus à vider l'article de l'intégralité de son contenu. Supprimons tout : cela ira beaucoup plus vite.

M. Philippe Vigier (Dem). Nous voterons contre l'amendement : vouloir supprimer les exonérations fiscales au profit des outre-mer, c'est vraiment mal connaître ces territoires. Il faut au contraire les accompagner. Vous ne pouvez pas laisser faire cela.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS32 de Mme Sandrine Rousseau

M. Hendrik Davi (EcoS). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS396 de M. Emmanuel Duplessy

M. Hendrik Davi (EcoS). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendements identiques AS44 de M. Jean-Claude Raux, AS66 de M. Jérôme Guedj, AS142 de M. Hadrien Clouet, AS284 de Mme Karine Lebon, AS424 de Mme Camille Galliard-Minier et AS527 de M. Stéphane Lenormand

M. Hendrik Davi (EcoS). L'amendement AS44 est défendu.

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Il s'agit par l'amendement AS142 de supprimer la mesure étendant les cotisations sociales salariales à l'intégralité des revenus des apprentis, alors que ceux-ci vivent souvent sous le seuil de pauvreté. Nous avions constaté, en commission, que tous les groupes étaient opposés à cette mesure, et nous demandions qui pouvait bien y être favorable. Nous avons désormais la réponse : c'est la droite sénatoriale, qui est donc le dernier soutien du Gouvernement.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS284 est défendu.

Mme Christine Le Nabour (EPR). Je défends l'amendement AS424. Depuis 2018, nous avons fait de l'apprentissage notre marqueur. Nous en débattrons, pour ce qui est des aides aux entreprises, lors de l'examen du PLF – les positions seront sans doute, alors, assez différentes. Mais il y a unanimité pour ne pas toucher à la rémunération des apprentis, d'autant que celle-ci ne prend pas en compte les différences de charges contraintes – il faudra à l'avenir penser à rémunérer davantage un apprenti qui habite à Paris ou dans une métropole, compte tenu du montant des loyers.

M. Paul-André Colombani (LIOT). L'amendement AS527 est défendu.

M. le rapporteur général. Cette disposition ne concerne que les futurs apprentis.

Je soutiens très fortement l'apprentissage mais je rappelle qu'il existe une inégalité, source d'injustice sociale, entre un salarié et un apprenti : à salaire brut équivalent – quand l'apprenti, en troisième année, est rémunéré au smic –, il existe une réelle différence de revenu net. L'an dernier, il a été décidé de ne soumettre à cotisations salariales que la part de la rémunération de l'apprenti excédant 50 % du Smic. Dans mon amendement de repli AS608, je proposerai une version intermédiaire consistant à abaisser le seuil à 25 %, ce qui permettrait d'assurer une convergence progressive. C'est une question de justice sociale.

À titre de comparaison, les stagiaires paient la CSG et des cotisations sur la fraction de leur gratification qui dépasse 15 % du plafond horaire de la sécurité sociale, soit à partir de 4,5 euros de rémunération horaire ; en revanche, les salariés, quel que soit leur âge, y sont assujettis dès le premier euro. Quand l'apprenti est embauché par l'entreprise, il perd plus de 90 euros, à salaire brut équivalent.

Il faut donc prendre le chemin de la justice sociale. Avis défavorable.

Mme Christine Le Nabour (EPR). C'est une question non pas de justice sociale mais d'investissement social. Les chiffres consolidés qui seront bientôt publiés le montrent : le nombre d'apprentis a baissé, ce qui n'est pas un bon signal. Divers sujets peuvent faire l'objet de débats, comme celui des points de retraite, mais il faut absolument maintenir la rémunération des apprentis, d'autant que même ceux qui perçoivent le montant maximal, en troisième année, ne gagnent pas énormément. De plus, c'est à l'entreprise de remédier à l'écart existant entre ses salariés et ses apprentis : ce n'est pas à nous de traiter cette question.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je sais que mon avis est minoritaire sur cette question, sur laquelle je me suis déjà exprimé plusieurs fois. Même si, cette année, la progression de l'apprentissage marque une pause, il a tout de même connu un fort développement. On ne peut pas aligner la rémunération des apprentis sur celle des salariés parce que l'apprenti est accompagné dans sa formation ; il n'est pas en production, comme peut l'être un salarié. Cela étant, la rémunération des apprentis

a progressé et nous leur avons accordé le bénéfice des droits à la retraite et des allocations chômage, ce qui n'existait pas auparavant. Je trouve que cela aurait du sens de prévoir en retour une cotisation – je ne sais pas exactement à quel niveau il faudrait la fixer mais je suis plutôt aligné sur la position du rapporteur général.

Mme Justine Gruet (DR). Il est bon que nous abordions ces débats de façon dépassionnée car nous sommes tous d'accord pour encourager l'apprentissage. Il faudrait même développer les formations professionnalisantes en favorisant une plus grande mobilité de nos jeunes dans les territoires ruraux.

À l'instar de M. Turquois, je trouve qu'il y a une forme d'inégalité à ouvrir des droits sans demander, en contrepartie, le versement d'une cotisation. Peut-être faudrait-il laisser le choix à l'apprenti : cotiser – et donc gagner un peu moins – pour obtenir des droits à la retraite et au chômage, ou bien gagner plus et ne pas bénéficier de ces droits.

On n'est jamais déçu par la démagogie de M. Maudet, qui prétend que la droite ne favoriserait pas l'apprentissage. Au contraire, nous voulons l'encourager, tout en nous montrant justes à l'égard des salariés, ce qui passe peut-être par l'instauration d'une cotisation. Je ne sais pas quelle est la bonne solution, mais il est important que nous en discutions au sein de notre commission.

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Nos collègues du MoDem et de la droite viennent de nous dire, en somme, que, puisque beaucoup d'efforts ont été consentis en faveur des apprentis, ceux-ci doivent désormais payer un peu. Mais ne nous faites pas croire, chers collègues, que les efforts réalisés dans le domaine de l'apprentissage l'ont été à destination des apprentis : en réalité, ils visaient à faire baisser les chiffres du chômage. C'est la raison pour laquelle nous avons connu ce grand développement de l'apprentissage, au moyen d'un saupoudrage tous azimuts. Les gens ont peut-être l'impression que l'on a favorisé l'apprentissage dans des métiers en tension mais, en réalité, toutes les aides à l'apprentissage ont largement profité à l'enseignement supérieur privé, au point que les écoles de commerce ont multiplié par sept le nombre de leurs apprentis.

Aujourd'hui, vous demandez aux apprentis de cotiser parce que vous n'avez pas la force et le courage de demander à ceux qui en ont les moyens de payer pour la sécurité sociale : je pense notamment à ceux à qui vous avez accordé de nombreuses exonérations. En matière de démagogie, je crois malheureusement que je n'arrive pas à la première place.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'amendement AS608 de M. Thibault Bazin **tombe.***

Amendements AS148 de M. Hadrien Clouet et AS149 de Mme Élise Leboucher

M. Damien Maudet (LFI-NFP). L'amendement AS149 est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *successivement les amendements.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 9* ***modifié****.*

Article 9 ***bis*** : *Exclusion de l'assiette des cotisations sociales de l'avantage tiré de la prise en charge par l'employeur des intérêts d'un crédit immobilier*

Amendement AS606 de M. Thibault Bazin, amendements identiques AS13 de M. Laurent Wauquiez, AS357 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé et AS431 de M. Lionel Causse (discussion commune)

M. le rapporteur général. Nous proposons de revenir au dispositif de l'article 9 *bis*, supprimé par le Sénat, qui vise à offrir la possibilité à l'employeur de prendre en charge tout ou partie des intérêts de l'emprunt immobilier d'un salarié primo-accédant et d'exclure les sommes correspondant à cet avantage de l'assiette des cotisations sociales. Ayant entendu les alertes qui ont été lancées, je vous propose toutefois d'introduire deux modifications : d'une part, le dispositif serait mis en œuvre à titre expérimental ; d'autre part, il serait étendu à tous les employeurs au lieu de se limiter aux entreprises de plus de cinquante salariés.

Je m'en remets à la sagesse de notre commission sur ces amendements en discussion commune mais j'indique ma préférence pour la rédaction de mon amendement AS606. Je vous invite à retirer les vôtres et à adopter cette rédaction pour la séance.

Mme Justine Gruet (DR). Le logement est un enjeu crucial : il nous faut favoriser non seulement l'acquisition et la construction, objets de l'amendement AS13, mais aussi la location.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Nous proposons de soustraire de l'assiette des cotisations sociales les montants versés à un salarié primo-accédant dans la limite de 8 % du plafond annuel de la sécurité sociale chaque année, ce qui représente environ 3 770 euros en 2025. Ces sommes resteraient soumises à la CSG, à la CRDS, ainsi qu'au forfait social au taux de droit commun de 20 %.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Je retire l'amendement AS431 au profit de celui du rapporteur, dont la rédaction est plus opérationnelle. Je me félicite que cette disposition, qui assurera un bon accompagnement des primo-accédants, puisse être réintroduite. Nous reprendrons la formulation de M. Bazin en vue de la séance.

M. Yannick Monnet (GDR). Ce débat éclaire votre vision de la sécurité sociale : vous la considérez comme une pompe à fric. Foutez donc la paix à la sécu ! Elle sert à soigner les gens et à leur permettre de mieux produire parce qu'ils sont mieux pris en charge et mieux protégés. Son but n'est pas de financer les emprunts immobiliers des salariés – pourquoi pas le permis de pêche et le permis de conduire,

tant que vous y êtes ! Si vous tenez à soutenir les primo-accédants, créez plutôt une aide spécifique à partir du budget de l'État.

M. Nicolas Turquois (Dem). Certes, le logement est un enjeu d'importance mais ne mélangeons pas tout. Le salaire doit rester l'élément majeur de la rémunération. Y associer des avantages comme celui-ci troublerait la lisibilité des différents systèmes et risquerait de créer des distorsions entre les salariés – ceux qui louent ne seraient pas aidés. Ne déshabillons pas la sécurité sociale et évitons toute dérive vers d'autres prises en charge de frais, tels que l'acquisition d'une voiture, par exemple.

M. Philippe Vigier (Dem). Le logement n'a rien à voir avec la sécurité sociale. Soyons offensifs en matière de politique du logement, articulons-la de meilleure façon avec les collectivités locales, mais, de grâce, n'allons pas mobiliser les ressources de la protection sociale alors que nous en sommes à doubler les franchises pour assurer son financement.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Si vous voulez lier sécurité sociale et logement, ouvrons le débat dans notre commission sur la création d'une sécurité sociale du logement : il pourrait s'agir d'une branche gérée paritairement qui prendrait appui sur la propriété publique et collectivisée d'une partie du foncier et du bâti. La disposition que vous proposez trouve difficilement sa place dans un PLFSS.

M. le rapporteur général. Ne caricaturons pas ce dispositif. Il s'agit simplement de laisser la possibilité à un employeur d'aider un salarié à acquérir un logement en prenant en charge tout ou partie des intérêts de son emprunt. Ce petit coup de pouce n'enlèverait rien aux salaires versés. Il compléterait la participation des employeurs à l'effort de construction et les solutions soutenues par Action Logement qui, on le sait, ne suffisent pas. Ajoutons que la Sofiap, société de portage de La Poste, promeut déjà ce type d'accompagnement ; elle traite une centaine de dossiers chaque année.

Les amendements AS13, AS357 et AS431 sont ***retirés****.*

La commission ***rejette*** *l'amendement AS606.*

En conséquence, elle ***maintient*** *la suppression de l'article 9* bis*.*

Article 9 ***ter*** : *Harmonisation du calcul des cotisations et contributions sociales pour les agriculteurs louant des meublés de tourisme*

La commission ***adopte*** *l'article 9* ter ***non modifié****.*

Article 9 ***quater*** : *Suppression de l'exclusion des tâches réalisées par les entreprises de travaux forestiers de l'exonération dégressive pour l'embauche de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi*

Amendements identiques AS572 de M. Thibault Bazin, AS22 de M. Laurent Wauquiez et AS326 de Mme Joëlle Mélin

M. le rapporteur général. Je défends naturellement le rétablissement de ce dispositif, qui – il faut le réaffirmer –, vise non pas l'ensemble des entreprises de travaux et services agricoles, ruraux et forestiers mais, spécifiquement, les entreprises de travaux forestiers (ETF). Il s'agit de revenir à l'état du droit antérieur à l'article 84 de la loi de finances pour 2015, pour un coût que j'évalue à 5 millions d'euros. Les ETF ont, comme les bénéficiaires actuels de l'exonération pour les travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE), des besoins de main-d'œuvre concentrés dans le temps et sont exposées à des fragilités que la Cour des comptes a bien expliquées. Leur exclusion du dispositif d'allégement depuis 2015 ne paraît pas justifiée.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS22 est défendu.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS326 est défendu.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous nous opposerons à ces amendements. Nous considérons que l'application du TO-DE au monde des saisonniers doit être assortie de conditions, notamment sociales.

*La commission **adopte** les amendements.*

En conséquence, l'article 9 quater *est **ainsi rétabli**.*

Article 9 *quinquies* A (nouveau) : *Extension de l'exonération dégressive pour l'embauche de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi aux coopératives vinicoles*

Amendements de suppression AS573 de M. Thibault Bazin et AS38 de M. Hadrien Clouet

M. le rapporteur général. L'exonération TO-DE est un outil intéressant qui recueille tout mon soutien mais il ne sert à rien d'ouvrir son bénéfice aux coopératives vinicoles puisque leurs adhérents y ont déjà accès et peuvent y recourir pour engager un saisonnier, par exemple en vue des vendanges. Quant aux caves, elles ont des personnels permanents.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je me félicite du tournant très à gauche que vient de prendre le rapporteur général par cet amendement identique au mien.

*La commission **adopte** les amendements.*

En conséquence, l'article 9 quinquies *A est **supprimé** et l'amendement AS286 de M. Yannick Monnet **tombe**.*

Article 9 *quinquies* : *Exclusion des dons en nature de produits agricoles de l'assiette sociale des exploitants*

La commission ***maintient*** *la suppression de l'article 9* quinquies*.*

Article 9 ***sexies*** **A (nouveau)** : *Précision concernant les recettes accessoires et les plus-values d'apport prises en compte dans l'assiette sociale des non-salariés agricoles*

Amendement AS607 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il s'agit de corriger une erreur matérielle.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 9* sexies *A* ***modifié****.*

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

Amendement AS494 de M. Philippe Vigier

M. le rapporteur général. Cet amendement est déjà satisfait par l'article 8 *quater*. En outre, son adoption risque d'entraîner une perte de recettes.

M. Philippe Vigier (Dem). Je le retire mais le redéposerai en séance.

L'amendement AS494 est ***retiré****.*

Contre l'avis du rapporteur général, la commission ***adopte*** *l'amendement AS488 de Mme Annie Vidal.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 9* sexies *B* ***modifié****.*

Article 9 ***sexies*** **C (nouveau)** : *Maintien du bénéfice de l'exonération de cotisations pour les exploitations agricoles ultramarines de plus de 40 hectares pondérés*

Amendement de suppression AS569 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. La solution proposée par le Sénat pour répondre à ce problème réel ne me paraît pas adaptée. J'ai adressé à la ministre de l'agriculture un courrier afin qu'elle engage une réflexion sur les coefficients de pondération, qui relèvent du domaine réglementaire. La difficulté ne tient pas tant à l'exonération sociale qu'à la pondération.

M. Philippe Vigier (Dem). Cet enjeu appelle une particulière vigilance. Rappelons qu'en Guyane, il a fallu quinze ans pour créer la société d'aménagement foncier et d'établissement rural ; l'État n'a toujours pas procédé à la cession de 20 000 hectares aux exploitants, comme il s'y était engagé. On ne peut, d'un côté, demander à ces derniers de diversifier les cultures en vue de diminuer le taux de dépendance alimentaire, qui atteint 93 %, et, de l'autre, brider leur développement.

Un courrier d'intention ne suffit pas. Attention au miroir aux alouettes : il faut aboutir à une solution, de concert avec la délégation aux outre-mer.

M. Nicolas Turquois (Dem). Les coefficients de pondération, encore appliqués en France hexagonale il y a une trentaine d'années, sont un non-sens total. Quelle absurdité de construire des équivalences entre le nombre de chèvres et les hectares de vignes ou entre surfaces cultivées en bananes et celles dédiées aux ignames ! Ces modes de calcul sont contre-productifs pour l'autonomie même de ces territoires. Il faut se diriger vers une imposition au réel, en accompagnant la transition.

M. Yannick Monnet (GDR). Je vous propose, monsieur le rapporteur général, de retirer votre amendement en attendant que la ministre réponde.

M. le rapporteur général. Ne faisons pas semblant de traiter le problème au moyen de cet article : le dispositif des coefficients de pondération, en vigueur dans l'Hexagone jusqu'en 1985, est totalement inadapté. Toutefois, je vais retirer mon amendement et le redéposerai en séance.

Par ailleurs, je n'ai pas adressé à Mme la ministre un simple courrier d'intention : je me suis fait auprès d'elle le porte-parole des membres de notre commission après nos débats de première lecture.

L'amendement AS569 est ***retiré****.*

La commission ***adopte*** *l'article 9* sexies *C* ***non modifié****.*

Article 9 ***sexies*** : *Extension du dispositif « Lodeom » aux chambres de commerce et d'industrie et aux chambres d'agriculture des départements et régions d'outre-mer pour leurs activités de nature industrielle et commerciale*

Amendement AS369 de Mme Karine Lebon, amendements identiques AS327 de M. Joseph Rivière et AS368 Mme Karine Lebon (discussion commune)

M. Yannick Monnet (GDR). Les amendements AS369 et AS368 sont défendus.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS327 est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *l'amendement AS369 puis, contre son avis,* ***adopte*** *les amendements identiques.*

En conséquence, l'article 9 sexies *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 9 ***septies*** : *Rétablissement de l'exonération de contributions patronales « non-Enim » pour l'ensemble des navires soumis à la concurrence internationale*

Amendements AS473 et AS456 de M. Didier Le Gac

Mme Annie Vidal (EPR). Les amendements sont défendus.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *successivement les amendements.*

Elle ***maintient*** *la suppression de l'article 9* septies.

Article 9 ***octies*** **(nouveau)** : *Exclusion de l'assiette des cotisations sociales des dépenses supportées par les employeurs d'aides à domicile à raison de la mise à disposition de véhicules à ces salariés*

Amendement de suppression AS609 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. En l'état du droit, la mise à disposition d'un véhicule durant les périodes de travail n'est pas considérée comme un avantage en nature. Il en va de même de la mise à disposition permanente d'un véhicule dès lors que le salarié a l'interdiction de l'utiliser pendant le repos hebdomadaire et durant les périodes de congés payés. L'objectif de cet article étant satisfait par le droit existant, je vous propose de le supprimer.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

En conséquence, l'article 9 octies *est* ***supprimé****.*

*

* *

Réunion du samedi 29 novembre à 14 heures 30 (article 10 à article 35 *bis*)

Lors de sa deuxième réunion du samedi 29 novembre 2025, la commission poursuit l'examen, en nouvelle lecture, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n° 1907 et 1999) [(1)] *(M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs).*

Article 10 : *Simplifier la régulation du secteur des médicaments*

Amendement AS590 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Contre l'avis de la commission et du Gouvernement, le Sénat a exclu l'acquisition de médicaments par Santé publique France pour les stocks stratégiques de l'État de l'assiette des deux contributions que sont la clause de sauvegarde et la nouvelle part supplémentaire de la contribution sur le chiffre d'affaires. L'amendement propose de revenir sur ces deux modifications.

Son adoption satisferait les amendements identiques AS43, AS287 et AS405, lesquels proposent cette réintégration uniquement pour la clause de sauvegarde, et l'amendement AS176, qui propose la réintégration à l'assiette de la nouvelle part supplémentaire de la contribution sur le chiffre d'affaires en même temps qu'un retour à l'assiette brute. J'avais donné mon accord en première lecture sur ce dernier point, mais je pense désormais qu'il faut considérer ensemble tous les paramètres – assiette, redevables, taux, mode de recouvrement. Il me semble donc préférable d'attendre la séance publique.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, les amendements identiques AS43 de Mme Ségolène Amiot, AS287 de Mme Karine Lebon et AS405 de M. Hendrik Davi, ainsi que les amendements AS173 et AS176 de Mme Élise Leboucher **tombent**.*

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement AS48 de M. Damien Maudet.*

Amendement AS351 de M. Michel Lauzzana

M. Michel Lauzzana (EPR). J'ai déposé plusieurs amendements qui partent du principe selon lequel il faut favoriser les petites industries pharmaceutiques. Celui-ci vise à exclure les spécialités de référence à bas prix de la contribution due par les entreprises au titre de la clause de sauvegarde ; en effet, ces médicaments anciens rapportent très peu de bénéfices et leur fabrication risque d'être supprimée.

---

(1) https://assnat.fr/iIhUii

M. le rapporteur général. J'ai envie de soutenir cet amendement la main sur le cœur, comme celui sur les génériques, mais il faut faire attention à ne pas bouleverser l'équilibre de l'article 10 en prévoyant un traitement dérogatoire en fonction du prix de vente.

Il existe déjà un traitement différent selon que les médicaments sont sous brevet, comme les spécialités de référence taxées normalement – quoique désormais sur une assiette nette –, ou non, comme les génériques ou les produits sous tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), désormais exonérés. Il existe aussi un traitement différent selon le chiffre d'affaires de l'entreprise : à la suite de l'amendement gouvernemental adopté par le Sénat, un taux réduit s'appliquera aux entreprises dont le chiffre d'affaires ne dépasse pas 50 millions d'euros, ce qui suffit à couvrir les petits laboratoires que vous évoquez.

Je crains que l'amendement n'entraîne des effets de bord et des distorsions en fonction du seuil retenu par le décret. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je le retire en vue de mieux l'analyser avant la séance, mais je n'ai pas dit mon dernier mot.

L'amendement est ***retiré****.*

Amendement AS192 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous proposons de supprimer la limitation à 10 % du chiffre d'affaires de la contribution des laboratoires pharmaceutiques au titre de la clause de sauvegarde, qui s'apparente à un gros cadeau.

M. le rapporteur général. L'évolution de la clause de sauvegarde vise à maintenir le rendement de celle-ci à 1,6 milliard d'euros en 2026. Il n'y a donc pas de cadeau car les entreprises vont contribuer. Si nous voulons continuer à produire en France, il ne faut pas alourdir le taux. Outre ce désaccord sur le fond, l'amendement présente un problème de forme, car il faudrait supprimer l'alinéa 34 pour qu'il soit effectif.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Amendements identiques AS174 de Mme Élise Leboucher et AS198 de Mme Ségolène Amiot, amendement AS288 de M. Yannick Monnet (discussion commune)

M. Damien Maudet (LFI-NFP). L'amendement AS174 est défendu.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Dans le même esprit, nous voulons supprimer la limitation à 12 % du chiffre d'affaires au titre de la clause de sauvegarde. Il n'y a pas de nouveau cadeau, soit, mais on gèle la possibilité d'un

cadeau ; cela reste un cadeau. À l'heure où l'on cherche à limiter les dépenses sociales et à améliorer les recettes, nous proposons une amélioration.

M. le rapporteur général. Il n'y a pas de cadeau. Les entreprises pharmaceutiques paient l'impôt sur les sociétés, la TVA et toutes les contributions auxquelles les entreprises sont soumises, et elles versent de surcroît une taxe supplémentaire à hauteur de 1,6 milliard d'euros. C'est un montant beaucoup plus élevé que celui qui leur était demandé il y a trois ou cinq ans. La réforme de la clause de sauvegarde a créé un troisième étage qui fonctionne comme un filet de sécurité ; si les dépenses liées aux médicaments augmentaient, comme vous le redoutez, les entreprises seraient redevables de cette somme. C'est déjà très bien.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendement AS205 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS152 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendements AS155 de Mme Ségolène Amiot et AS406 de M. Hendrik Davi (discussion commune)

M. Hendrik Davi (EcoS). En dix ans, le marché du médicament est passé de 24,7 à 36,5 milliards d'euros en France, soit une augmentation de 11,8 milliards. C'est une part importante des dépenses de la sécurité sociale. Une telle inflation fragilise la soutenabilité du système de santé, dans la mesure où chaque milliard versé à l'industrie pharmaceutique est 1 milliard de moins pour l'hôpital. L'amendement propose donc d'augmenter la contribution additionnelle sur le chiffre d'affaires des laboratoires pour les médicaments remboursables.

Le marché du médicament n'est pas un marché comme les autres ; les prix y sont régulés, car une partie des médicaments est remboursée par la sécurité sociale. Je rappelle qu'à l'échelle mondiale, les laboratoires pharmaceutiques versent près de 370 milliards d'euros de dividendes à leurs actionnaires, ce qui équivaut au montant qu'ils consacrent à la recherche et au développement.

M. le rapporteur général. L'augmentation de 11 milliards d'euros ne s'est pas faite en un an. D'ailleurs, depuis 2017, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a progressé de 80 milliards du fait de la hausse des salaires, de l'augmentation du coût de l'énergie et de l'inflation, à périmètre

constant. Il faut y ajouter des besoins croissants du fait du vieillissement de la population, qui fait progresser la consommation de médicaments, et la création de produits innovants qui font baisser la mortalité et améliorent la qualité de vie. Sans augmentation des moyens, notre pays risque de rester à la traîne en matière d'innovation et d'accès aux médicaments.

J'adhère à votre vision du prix régulé des médicaments. Cependant, vous parlez des dividendes comme si toutes les entreprises pharmaceutiques avaient les mêmes résultats ; pourtant, certaines ont des résultats moindres que d'autres et celles qui sont en train d'engager des innovations n'en touchent pas encore les fruits. Votre proposition risque de leur être préjudiciable et, partant, de faire du tort aux patients français.

M. Philippe Vigier (Dem). Cela fait de nombreuses années que nous débattons de la clause de sauvegarde pour les médicaments. Il est vrai que les chiffres ont beaucoup progressé. Toutefois, comme le rappelait M. le rapporteur général à l'instant, les dépenses de l'assurance maladie ont progressé plus vite encore, puisqu'elles ont augmenté de 40 % en dix ans. De la même manière, les résultats des entreprises pharmaceutiques sont disparates : s'il est vrai que certains grands groupes ont fait des profits importants, d'autres laboratoires plus petits ne font quasiment pas de marge sur les médicaments anciens – c'était le sens de l'amendement présenté tout à l'heure par M. Lauzzana.

Je rappelle que 85 % des médicaments sont fabriqués hors de l'Union européenne. Ici même, nous avons été appelés à prendre des décisions pour gérer les stocks. Nous devons faire attention à ne pas accélérer l'*outsourcing*. Une clause de sauvegarde à 1,6 milliard d'euros, c'est déjà extraordinairement élevé.

Il y a aussi le problème de l'assiette, évoqué pour les médicaments biosimilaires et les médicaments anciens ; son ajustement nécessite un travail d'assemblage plus précis, car les groupements de distributeurs pharmaceutiques ont évolué. Sinon, c'est la perspective de fabrication des médicaments en France et en Europe qui risque de s'envoler, alors qu'il s'agit d'entreprises à forte valeur ajoutée et qu'elles offrent à leurs salariés une rémunération attractive.

M. Michel Lauzzana (EPR). M. Vigier a dit exactement ce que je pensais. Tous les rapports montrent que le signal prix est important pour les laboratoires ; il faut le manipuler avec doigté pour ne pas aggraver la pénurie de médicaments.

L'exposé sommaire de l'amendement de M. Davi remet en cause l'efficacité et la sécurité de certains médicaments. Attention : nous ne pouvons pas faire le travail de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de la Haute Autorité de santé (HAS), qui sont des organismes reconnus au niveau international pour leur performance dans l'évaluation des médicaments. Je voterai contre cet amendement.

M. Hendrik Davi (EcoS). La progression des prix du médicament est bien documentée dans le rapport « Charges et produits » de la Caisse nationale de

l'assurance maladie (Cnam) : alors qu'elle était inférieure à 1 % par an jusqu'au covid, elle est désormais de 4 % par an. Il y a une vraie spéculation sur les thérapies innovantes de la part d'une partie de l'industrie pharmaceutique.

La menace de pénurie appelle un débat stratégique en vue de réinvestir la production de médicaments sur notre territoire. Avec le rapport de forces entre la Chine, l'Inde et les États-Unis, nous ne pouvons pas dépendre de l'Inde pour les réactifs. C'est un problème de souveraineté sanitaire.

Mme Joëlle Mélin (RN). En France, il est possible d'obtenir des tarifs satisfaisants pour les entreprises qui mettent sur le marché de nouveaux produits. En revanche, le prix des médicaments courants, ceux qui sauvent des vies, est beaucoup trop bas – on sauve une vie pour 6 euros. C'est une des raisons de la pénurie. Les distributeurs européens n'ont aucun intérêt à commercialiser leurs produits en France, car ils n'y font plus aucune marge ; de surcroît, une partie de la chaîne de valeur est située à l'étranger depuis fort longtemps du fait de la mondialisation. Tant qu'une grande partie de la chaîne de valeur, voire toute la chaîne de valeur, ne se situera pas en Europe, nous n'y arriverons pas. Il est incongru de vouloir les taxer à tout-va.

M. le rapporteur général. Les conclusions de la mission « flash » du Comité économique des produits de santé (Ceps) de l'été dernier sont éclairantes concernant le défi du pilotage du coût des médicaments innovants. Ces deux amendements frappent tous les médicaments, qu'ils soient innovants ou non. Cela portera préjudice à ceux dont le prix est régulé et pour lesquels il n'y a ni abus ni spéculation et risque de créer des pénuries.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendement AS289 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement propose de taxer les entreprises pharmaceutiques implantées sur notre territoire qui délocalisent leur siège social ou leurs outils de production ou de recherche.

M. le rapporteur général. La cible de l'amendement n'est pas bien définie : il mentionne « les entreprises », ce qui fait référence à l'ensemble d'entre elles et pas seulement aux entreprises pharmaceutiques. En outre, l'assiette de la taxe est baroque, le taux énorme, et l'amendement ne tient pas compte du fait que toutes les entreprises ne sont pas valorisées en Bourse. Je préfère inciter la production industrielle et la recherche à rester en France. Pour cela, il y a une solution, qui est l'inverse de la vôtre : ne pas augmenter les impôts, mais les baisser, ou en tout cas les stabiliser.

M. Yannick Monnet (GDR). Que la taxe puisse s'appliquer à toutes les entreprises n'est pas pour moi un motif de crainte comme pour vous ; mais s'il faut revoir la rédaction de l'amendement, j'y suis disposé. Cependant, on voit bien que

votre stratégie ne fonctionne pas : exonérer les entreprises ne les empêche pas de partir.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendements AS49 de Mme Ségolène Amiot et AS348 de M. Michel Lauzzana (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous proposons de réintégrer les génériques et les médicaments sous tarif de responsabilité dans l'assiette de la contribution supplémentaire. L'industrie pharmaceutique et ses dirigeants se portent très bien : leurs dividendes sont en hausse depuis trente ans. Ils sont capables de le supporter.

M. Michel Lauzzana (EPR). Dans la version du Sénat, seuls les génériques et les spécialités de référence sous tarif de responsabilité au même prix que les génériques sont exclus de l'assiette de la contribution supplémentaire. Je souhaite que les spécialités de référence à bas prix en soient également exclues.

M. le rapporteur général. L'article 10 a bien changé : dans sa version initiale, il prévoyait une assiette brute avec un taux réduit pour les génériques, les biosimilaires et les hybrides ; dans la version actuelle, nous avons une assiette nette et les génériques en sont exclus. Vous proposez, ma chère collègue, de les y réintégrer. Il me semble que notre commission avait émis le souhait de les en sortir, ou du moins de prévoir un taux réduit. Lorsque j'ai interrogé les organisations représentatives, elles m'ont dit que l'article 10 leur convenait tel qu'il est. Je propose de maintenir l'équilibre existant. Vous pourrez en débattre en séance avec le Gouvernement, qui a mené ces concertations.

Monsieur Lauzzana, le problème est le même qu'à propos de l'amendement AS351. Si on enlève encore des médicaments de l'assiette, ceux qui y restent prendront plein pot le 1,6 milliard d'euros. De plus, les entreprises qui font moins de 50 millions de chiffre d'affaires bénéficient déjà d'un taux réduit ; cela devrait déjà couvrir toutes celles que vous visez. Dès lors, ce sont les entreprises à gros chiffre d'affaires que vous allez exonérer.

Avis défavorable aux deux amendements.

M. Michel Lauzzana (EPR). Votre réponse sur le taux réduit ne contredit pas mon amendement. D'ailleurs, les organisations représentatives auxquelles vous vous référez sont tenues par les gros laboratoires ; or je veux protéger les petits laboratoires qui fabriquent en France.

*La commission **rejette** l'amendement AS49 puis **adopte** l'amendement AS348.*

Amendements AS162 de M. Hadrien Clouet et AS165 de Mme Élise Leboucher (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Le premier amendement prévoit une modulation de la contribution supplémentaire à la hausse selon le total des financements et aides publiques perçus l'année précédente. Nous avons appris, grâce à nos collègues sénateurs, que 211 milliards d'euros sont offerts chaque année aux entreprises, dont 108 milliards d'aides publiques directes ; une part significative de ces aides est captée par les laboratoires pharmaceutiques. Il n'est pas complètement « déconnant » de vouloir les rétribuer en fonction de ce qu'elles ont perçu.

Le second amendement propose une modulation liée aux dividendes versés qui devrait satisfaire M. Lauzzana, puisqu'elle protégera les petits laboratoires qui ne font pas de gros bénéfices et ne versent pas, ou très peu, de dividendes. M. le rapporteur général devrait être content, lui aussi, car les laboratoires en attente de rendement, eux non plus, ne versent pas de dividendes. L'amendement cible donc les gros laboratoires pharmaceutiques.

En attendant l'avènement d'un pôle public du médicament qui permettra la fabrication française des médicaments dont nous avons besoin pour constituer des réserves stratégiques et assurer la souveraineté du pays, nous proposons de faire participer ceux qui se gavent.

M. le rapporteur général. Je n'emploierai pas le même vocabulaire que vous, mais ces deux amendements ne fonctionnent pas. Il conviendrait de les retravailler en vue de la séance publique.

Le premier propose une contribution modulée en fonction des aides publiques. Ce n'est pas possible, car le législateur doit fixer le taux de l'impôt ; s'il le ne fait pas, cela s'appelle l'incompétence négative et c'est un motif immédiat de censure par le Conseil constitutionnel.

Le second donne la modulation de l'impôt, mais pas sa formulation. Là aussi, c'est un motif de censure. En outre, si les entreprises savent que les risques qu'elles prennent ne seront jamais payés de résultats, plus personne n'innovera en France ! C'est toute la logique de l'investissement. En fin de compte, cela se retournera contre les patients.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendement AS168 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement devrait faire plaisir à M. le rapporteur général puisqu'il supprime l'alinéa 34, comme il nous y appelait tout à l'heure.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. Je suis en désaccord avec le fond de votre proposition.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS170 de Mme Ségolène Amiot, AS178 de M. Hadrien Clouet et AS179 de Mme Élise Leboucher

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Il ne s'agit plus ici de faire contribuer un secteur en fonction des profits qu'il engrange, mais de sanctionner ceux qui se comportent mal, en l'espèce ceux qui ne remplissent pas leurs obligations déclaratives auprès de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf). Le montant des pénalités prévues en cas de manquement à ces obligations est si faible qu'il est plus rentable de mal déclarer, quitte à se faire attraper, que de faire l'effort d'y souscrire. Nous proposons donc un taux plus dissuasif – quoique transformer 0,05 % en 0,5 % soit presque de l'ordre du rédactionnel. Le deuxième amendement augmente la majoration forfaitaire pour défaut de déclaration auprès des Urssaf. Le troisième propose la même chose, avec un zéro en plus.

M. le rapporteur général. Monsieur Clouet, passer de 100 000 euros à 1 million ou de 2 000 à 50 000 euros, ce n'est pas une paille ! Je vous ai connu plus laxiste. J'espère que nous retrouverons votre sévérité pénale sur d'autres textes.

Le calcul du chiffre d'affaires retenu pour les taxes en question est d'une complexité sans nom du fait de la lourdeur du circuit déclaratif : rappelez-vous nos échanges avec la direction de la sécurité sociale (DSS) concernant les erreurs commises à partir de leurs 400 hypothèses... Que celui qui est certain de tout faire remonter sans erreur du premier coup jette la première pierre aux entreprises ! Vous êtes d'une sévérité considérable vis-à-vis d'un secteur qui est déjà très surveillé et lourdement imposé. C'est votre ligne, mais j'estime que ce n'est pas judicieux.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendement AS51 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement vise à moduler le calendrier afin que la contribution supplémentaire des laboratoires pharmaceutiques soit versée dès l'année qui s'ouvre.

Nous ne sommes pas de grands amateurs des décalages de calendrier, pour deux raisons simples.

Premièrement, les acteurs les plus importants du secteur accumulent les profits et versent des dividendes extraordinaires au détriment de l'investissement et de la R&D, ce qui freine le progrès technologique et celui des connaissances scientifiques.

Deuxièmement, nous avons besoin d'argent public pour intervenir. L'entreprise LDR Médical, dans la banlieue de Troyes, est en train d'être liquidée

par un fonds de pension nord-américain alors qu'elle produit des prothèses cervicales parmi les meilleures au monde. C'est un exemple parmi d'autres de ces petites entreprises qui disparaissent parce que la puissance publique ne se donne pas les moyens financiers d'intervenir, y compris en les nationalisant, pour les protéger des appétits de la finance.

M. le rapporteur général. Je ne ferai pas semblant de ne pas comprendre votre amendement. J'avais déposé le même en première lecture et l'Assemblée nationale l'avait adopté, de sorte qu'il figurait dans le texte transmis au Sénat.

L'année dernière, les redevables de la clause de sauvegarde exprimaient eux-mêmes le souhait d'un paiement provisionnel et, quand j'ai vu que l'article 10 prévoyait un acompte de 10 %, je me suis dit qu'il permettrait de simplifier la vie des entreprises, mais surtout de soutenir la trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss). Mon intuition de départ est donc la même que la vôtre.

Le problème tient au fait que, pour passer à ce nouveau mode de recouvrement, il y aura nécessairement une année où les entreprises paient deux fois : en 2026, elles paieront une fois au titre de 2025 et une fois l'acompte au titre de 2026. Or, vu l'abaissement des montants M et Z par le Sénat, il est possible que la clause de sauvegarde soit déclenchée ; dans cette hypothèse, les entreprises devraient s'en acquitter en plus de cette double part supplémentaire. Deux, ça va, mais trois, bonjour les dégâts !

Je vous propose donc de retirer votre amendement et de le redéposer en séance, où j'émettrai un avis favorable à condition que le Gouvernement accepte un relèvement de M garantissant que la clause de sauvegarde ne se déclenche pas.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le meilleur moyen que le Gouvernement n'oublie pas de faire le nécessaire est bien d'adopter cet amendement. Et s'il dépose son propre amendement ou sous-amende le mien, je ne serai qu'allégresse !

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS574 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Compte tenu des erreurs de prévision du Gouvernement s'agissant du montant des remises, que la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale a mises en évidence grâce à Jérôme Guedj et à Cyrille Isaac-Sibille, je préconise que nous soyons le plus prudents possible en fixant le montant Z. Il s'agit d'éviter que les deux contributions se déclenchent et de faire en sorte qu'elles jouent de nouveau leur rôle de filet de sécurité, conformément à l'esprit de l'article 10.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS589 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Si l'article 10 est loin d'être parfait, il ne mérite pas d'être supprimé ou vidé de sa substance.

En revanche, il faut éviter toute entourloupe du Gouvernement. La création d'une part supplémentaire au sein de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques ne doit pas entraîner le déclenchement de la clause de sauvegarde, faute de quoi la réforme ne s'effectuerait pas à rendement constant mais à double rendement. Je rappelle à nouveau les dérapages constatés en 2024 et en 2025 concernant les remises. Je ne voudrais pas que de nouvelles erreurs de prévision de l'exécutif entraînent le franchissement des seuils.

Je propose donc de relever le montant M de 1,2 milliard d'euros et le montant Z de 0,1 milliard afin de tout faire pour éviter l'activation de la clause de sauvegarde en 2025 et en 2026. S'il faut un montant inférieur, au Gouvernement de nous le dire. Nous avons constaté que la DSS n'avait pas anticipé le dérapage. La clause de sauvegarde doit redevenir un filet de sécurité.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

En conséquence, les amendements AS185 de Mme Ségolène Amiot et AS408 de M. Hendrik Davi ***tombent****.*

Amendements AS182 de M. Hadrien Clouet et AS407 de M. Hendrik Davi (discussion commune)

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Notre amendement vise à abaisser légèrement le montant Z, de 2,29 à 2,21 milliards d'euros, suivant ainsi l'intuition de certains sénateurs et sénatrices.

C'est dans le secteur des fabricants de dispositifs médicaux que le taux de profit est le plus élevé, devant celui du médicament, ce qui crée un effet de rente au bénéfice de ces acteurs. Le coût d'entrée sur ce marché étant très élevé, certains en profitent pour surfacturer.

Nous avons intérêt à récupérer une partie de cet argent afin d'investir publiquement dans les dispositifs qui seront moins chers et plus efficaces et de sauver les acteurs qui sont menacés. Je répète que l'entreprise LDR Médical, forte de 120 brevets, numéro un des prothèses dans notre pays, est en pleine liquidation, complètement abandonnée par la puissance publique. On pourrait faire contribuer les entreprises du même secteur qui réalisent des profits excessifs afin de venir à son secours.

M. Hendrik Davi (EcoS). Nous proposons d'abaisser un peu plus le seuil de déclenchement du montant Z en le fixant à 2,19 milliards d'euros.

Le Sénat a relevé ce seuil, ce qui nous fait craindre que la clause de sauvegarde ne se déclenche jamais, le seuil ne pouvant être atteint. Il faut rétablir les seuils initiaux afin de garantir que ce mécanisme soit applicable et utile.

M. le rapporteur général. Le Sénat a repris mon amendement visant à relever de 100 millions d'euros le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde en matière de dispositifs médicaux. La clause de sauvegarde se serait déclenchée si le gouvernement de Michel Barnier n'avait pas été censuré. Son montant, qui est très bas, n'a pas été révisé depuis plusieurs années : si on ne le relève pas, le déclenchement est assuré. Le contexte est celui du virage domiciliaire et du vieillissement de la population. Les dispositifs médicaux sont aussi fournis par des acteurs locaux.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendements identiques AS46 de Mme Élise Leboucher et AS188 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS46 est défendu.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Il s'agit de revenir sur les reculs sénatoriaux concernant la contribution que doivent verser les laboratoires pharmaceutiques.

C'est un secteur très concentré dont le taux de profit est considérable et où la part de la valeur ajoutée consacrée à la recherche et développement diminue de façon constante. Dès lors que les grands groupes font peu de recherche et se reposent sur les les très petites, petites et moyennes entreprises, ils doivent s'acquitter d'une contribution. Celle-ci permettrait de mobiliser des moyens pour que le secteur public supplée à ce manque, notamment par le dispositif des conventions industrielles de formation par la recherche ou les laboratoires de recherche publics.

M. le rapporteur général. Ces amendements sont cohérents avec vos amendements précédents qui ont été rejetés. Dans un souci de cohérence, il convient donc de les rejeter également. L'article 10 repose sur un équilibre subtil où entrent le passage de l'assiette brute à l'assiette nette ou l'exclusion des génériques. Si on modifie un élément, il faut revoir le dispositif dans son ensemble.

Je ne suis pas en mesure de dire si les taux que vous proposez sont adaptés. Nous aurons l'occasion d'en débattre en séance. Par prudence, il convient de ne pas les modifier.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS190 de Mme Élise Leboucher

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement vise à augmenter de 1 point la contribution supplémentaire des laboratoires pharmaceutiques pour 2026. Pour rappel, la clause de sauvegarde pour 2025 a été fixée sur la base des

engagements pris auprès de Mme Vautrin par Les Entreprises du médicament, qui n'ont pas été tenus.

Par prudence, je propose au contraire de l'adopter afin de garantir que nous en discuterons bien en séance. Quant à votre argument tenant à la cohérence, je reconnais le droit à l'erreur à ceux qui ont voté contre nos amendements : ils peuvent se corriger. Plutôt que de plaider pour la cohérence, privilégions la dialectique : introduisons des éléments de lutte sociale dans ce texte. Nous n'aurons pas gagné sur toute la ligne, mais chacun aura des raisons d'être satisfait.

M. le rapporteur général. Alors que personne ne connaît la valeur initiale de l'assiette, vous proposez d'augmenter significativement les taux. Avis défavorable.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 10* ***modifié****.*

Article 10 ***bis*** **A (nouveau)** : *Création d'une taxe à la charge des entreprises pharmaceutiques retardant l'entrée sur le marché d'un médicament générique*

Amendement de suppression AS575 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il n'appartient pas au fisc ou à l'Urssaf de se prononcer sur le caractère « manifestement dilatoire » de l'enregistrement de brevets, sur l'abus de position dominante ou les gestes anticoncurrentiels. D'ailleurs, leurs services n'en ont pas les moyens humains et juridiques.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

En conséquence, l'article 10 bis *A est* ***supprimé*** *et l'amendement AS52 de M. Damien Maudet tombe.*

Article 10 ***bis*** **B (nouveau)** : *Exclusion des greffons tissulaires humains de la clause de sauvegarde*

La commission ***adopte*** *l'article 10* bis *B* ***non modifié****.*

Article 10 ***bis*** : *Exclusion des médicaments génériques et biosimilaires du calcul de la clause de sauvegarde*

Amendements AS457 de Mme Christine Pirès Beaune et sous-amendement AS582 de M. Thibault Bazin, amendements identiques AS72 de Christine Pirès Beaune, AS328 de Mme Joëlle Mélin et AS489 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

Mme Martine Froger (SOC). Nos amendements AS457 et AS72 proposent d'exonérer de la clause de sauvegarde les génériques, les hybrides et les

biosimilaires substituables. Ces médicaments permettent à l'assurance maladie de réaliser des économies considérables et ne sont pas responsables de la hausse des dépenses pharmaceutiques.

La clause de sauvegarde est censée viser les médicaments qui entraînent réellement une augmentation des dépenses, ce qui n'est pas le cas des génériques. Leur inclusion dans le dispositif depuis 2019 crée donc une incohérence.

Ces deux amendements visent à corriger cette erreur afin d'éviter une diminution des économies que ces produits permettent et l'arrêt de leur commercialisation par certains laboratoires faute de marges suffisantes.

M. le rapporteur général. Ces amendements proposent d'exclure de la clause de sauvegarde les médicaments substituables ou les spécialités sous tarif forfaitaire de responsabilité.

L'exclusion des génériques et des spécialités sous TFR est déjà prévue à l'alinéa 6 de l'article 10 tel que modifié. Cet élément est donc satisfait.

S'agissant des autres médicaments substituables – biosimilaires et hybrides –, leur exclusion serait cohérente avec l'article 33 du PLFSS dans la mesure où les prix de ces produits ont vocation à s'aligner sur ceux des génériques. Si on veut les développer, on ne saurait leur appliquer le dispositif de la clause de sauvegarde.

Néanmoins, le modèle économique des exploitants n'est pas le même dans le cas des biosimilaires et des hybrides que dans celui des génériques. De plus, l'exclusion des biosimilaires et hybrides du dispositif se traduirait par un renchérissement supplémentaire des prix des produits innovants. Or je ne souhaite pas que nos compatriotes soient les derniers à bénéficier de traitements modernes qui seraient d'abord disponibles sur des marchés étrangers. Ce que font les États-Unis en ce moment pose la question de l'accès futur aux produits de santé.

Je propose cependant que la commission envoie un signal en adoptant l'amendement AS457 sous-amendé pour ne conserver l'exclusion de la clause que pour les biosimilaires et hybrides. Toutefois, en vue de la séance, je vous invite à réfléchir à une solution intermédiaire, telle que l'instauration d'un taux réduit ou d'un plafonnement *ad hoc*. Le Gouvernement devra peut-être avancer sur cette question, comme sur celle des spécialités de référence commercialisées à prix bas.

Avis favorable à l'amendement AS457 sous réserve de l'adoption de mon sous-amendement.

Mme Annie Vidal (EPR). Si l'amendement AS457 sous-amendé était adopté, les trois amendements suivants tomberaient-ils ?

M. le rapporteur général. Ces amendements ne seraient pas identiques. Vous pourrez déposer pour la séance publique des amendements identiques à l'amendement de Mme Pirès Beaune sous-amendé.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je comprends l'ambition de ces amendements, que nous partageons tous : encourager le recours aux génériques, moins coûteux, et leur production. Néanmoins, du fait de leur caractère indiscriminé, ils pourraient bénéficier à de grandes entreprises du générique qui réalisent des profits monumentaux et n'en ont pas du tout besoin. En un an, la valeur de l'action de l'entreprise suisse Sandoz est passée de 40 à 60 francs suisses, celle de Teva Santé de 16 à 26 dollars, celle de Viatris de près de 10 à 12 dollars.

M. le rapporteur général. La question que pose M. Clouet est très pertinente. Certains grands groupes produisent à la fois des génériques et d'autres médicaments. Seule la part de leur chiffre d'affaires réalisée sur la production et la commercialisation de génériques serait exonérée.

La commission ***adopte*** *successivement le sous-amendement et l'amendement* ***sous-amendé****.*

En conséquence, les amendements AS72, AS328 et AS489 ***tombent*** *et l'article 10* bis *est* ***ainsi rétabli****.*

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

Amendement AS429 de M. Michel Lauzzana et sous-amendement AS583 de M. Thibault Bazin

M. Michel Lauzzana (EPR). Cet amendement avait été adopté l'an dernier avant de disparaître quand les dispositions de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution se sont appliquées.

Il vise à introduire un critère de territorialité dans le calcul de la clause de sauvegarde afin de renforcer la sécurité d'approvisionnement et l'autonomie stratégique. Ce mécanisme précis favoriserait la fabrication de médicaments en Europe et en France, ce qui permettrait de lutter contre les pénuries de médicaments.

M. le rapporteur général. Je soutiens pleinement le rétablissement de l'article 10 *ter*. Néanmoins, je propose un sous-amendement qui vise à reporter l'entrée en vigueur de cet article au 1er janvier 2027, compte tenu de la très forte réticence de l'administration. Il s'agit de lui permettre de s'adapter pour être prête à appliquer le barème territorialisé dès son entrée en vigueur.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je suis parfaitement en phase avec cet amendement qui va dans le bon sens, notamment en matière d'autonomie. Néanmoins, la date retenue, qui dépasse la période couverte par le PLFSS 2026, ne pourrait-elle pas être jugée inconstitutionnelle ?

M. le rapporteur général. *A priori* non, mais nous allons vérifier.

Nous avons tenu compte des arguments avancés par le Sénat et le Gouvernement en faveur de la suppression de cet article afin d'y répondre et de rendre le dispositif opérant – c'est tout l'intérêt de la navette.

La commission ***rejette*** *le sous-amendement puis* ***adopte*** *l'amendement.*

En conséquence, l'article 10 ter *est* ***ainsi rétabli****.*

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

Amendements AS56 de Mme Ségolène Amiot, AS409 et AS410 de M. Hendrik Davi (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Notre amendement, qui s'inspire d'un amendement des écologistes adopté en première lecture à l'Assemblée nationale, vise à assurer la transparence sur les prix des médicaments. Dans un secteur où les marges atteignent 45 %, certains laboratoires pharmaceutiques organisent la pénurie, notamment des traitements pédiatriques, afin de modifier le rapport de force à leur avantage et de prendre le pouvoir dans les négociations avec la sécurité sociale.

Renforcer au maximum la transparence permettrait de rééquilibrer le rapport de force dans les négociations, de faire baisser les prix pratiqués par les laboratoires pharmaceutiques et, ainsi, de préserver les finances publiques.

M. Hendrik Davi (EcoS). Je souhaite répondre à deux arguments qui ont été opposés à notre amendement en première lecture.

Non, ce dispositif ne nous fragiliserait pas dans le cadre des négociations menées avec nos partenaires, car il s'agit d'un marché de dupes : chacun prétend ignorer les prix, alors que les industriels connaissent ceux pratiqués chez nos partenaires et que ces pays connaissent le montant – public – des remises françaises, qui s'élèvent à 9 milliards d'euros. Par conséquent, les industriels se frottent les mains et réalisent des marges.

Le second argument portait sur le risque de voir les industriels quitter la France. Pour rappel, le général de Gaulle avait instauré le mécanisme de la licence d'office : si des industriels ou des groupes pharmaceutiques décident de nous priver d'un médicament indispensable du point de vue sanitaire, l'État peut autoriser sa copie et enclencher la licence d'office – dispositif qui a été utilisé à deux reprises. Si on menace les industriels d'y recourir, ils ne quitteront pas le marché français.

M. le rapporteur général. Le montant total des remises figure dans le rapport annuel du Ceps. Tant le Ceps, qui fixe les prix, que l'Acoss, qui collecte les données, connaissent les détails relatifs aux prix pour chaque entreprise. En les

rendant publics, on risquerait plutôt de fragiliser l'État, notamment l'Acoss, que les industriels pourraient attaquer pour délit de divulgation.

Je vous invite à retirer vos amendements ; à défaut, avis défavorable.

M. Hendrik Davi (EcoS). Les associations de patients, en revanche, ne disposent pas de ces éléments. Or les médicaments très onéreux finissent par être rationnés. Cette question se posera avec d'autant plus d'acuité s'agissant de certains traitements, notamment contre le cancer, coûtant des millions d'euros ; les patients qui pourront en bénéficier seront alors triés. Nous avons donc besoin de la société civile, notamment des associations de patients, afin de rééquilibrer le rapport de force avec les industriels. C'est pourquoi une transparence complète concernant les prix des médicaments est indispensable.

M. Nicolas Turquois (Dem). Dans le cadre d'une négociation, certains éléments doivent rester confidentiels. Vous parlez des associations de patients, mais l'Alliance Maladies Rares, par exemple, demande cette confidentialité, qui permet à la France d'obtenir certains traitements. Les États-Unis exercent une très forte pression en la matière. De nombreuses entreprises quitteraient la France si elles devaient divulguer ces éléments.

Je suis donc défavorable à ces amendements, bien que j'en comprenne l'esprit. La discrétion en la matière est nécessaire à la liberté de négociation de l'État.

La commission ***rejette*** *successivement les amendements.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 11* ***non modifié****.*

Article 11 ***bis*** : *Extension du périmètre de la taxe sur les boissons prémix*

Amendements identiques AS576 de M. Thibault Bazin et AS443 de M. Frédéric Valletoux

M. le rapporteur général. Nous proposons de revenir sur la rédaction adoptée par le Sénat pour reprendre l'idée de départ de l'Assemblée nationale en en améliorant la forme.

Le périmètre de la taxe était clair : les mélanges de boissons alcoolisées et de substances excitantes de type Vody. Le Sénat, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, a adopté une rédaction qui n'est pas opérante, car elle concernerait des produits traditionnels n'ayant rien à voir avec le Vody.

De plus, la borne supérieure de titrage aurait l'effet inverse de celui escompté, ce qui entraînerait un échec budgétaire – pas de recettes à la clef – et sanitaire.

Il fallait trouver un équilibre entre la souplesse nécessaire et la mention expresse des trois principales molécules visées.

Par rapport à la version de l'Assemblée, nous avons opéré quelques corrections légistiques, notamment en choisissant un arrêté au lieu d'un décret.

M. le président Frédéric Valletoux. Il était pour le moins paradoxal que le Sénat, qui représente les territoires, s'attaque aux productions locales.

La commission ***adopte*** *les amendements AS576 et AS443 et l'article 11* bis *est* ***ainsi rédigé****.*

M. Jérôme Guedj (SOC). Le rendement de cette taxe Vody a-t-il été estimé ?

M. le rapporteur général. La question s'est posée lorsque nous avons fait le bilan des mesures votées en première lecture. L'administration nous a indiqué que ce rendement dépendant de la consommation, elle ne pouvait l'estimer.

En tout état de cause, cette taxe n'a pas pour but de produire un rendement, mais d'empêcher la consommation de Vody. Si l'on considère que cette consommation est néfaste, l'activation d'un autre moyen que le levier fiscal sera sans doute nécessaire.

Article 11 ***ter*** : *Taxer les produits n'affichant pas le nutri-score*

Amendement AS183 de Mme Élise Leboucher et sous-amendement AS585 de M. Jean-François Rousset, amendement AS302 de M. Cyrille Isaac-Sibille et sous-amendement AS587 de M. Jean-François Rousset, amendements identiques AS58 de M. Hadrien Clouet et AS201 de M. Boris Tavernier et sous-amendement AS584 de M. Jean-François Rousset, amendements identiques AS83 de Mme Sandrine Runel et AS300 de M. Cyrille Isaac-Sibille (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS183 vise à rétablir l'article dans le sens de ce que nous avons précédemment adopté : l'obligation de mentionner le nutri-score sur tous les supports publicitaires pour des denrées alimentaires.

M. Jean-François Rousset (EPR). Nous sommes favorables au rétablissement de la version adoptée en première lecture. Dans l'intérêt de nos territoires, il faut exclure de l'obligation les produits bénéficiant d'un signe national ou européen de qualité, comme une indication géographique protégée ou une appellation d'origine protégée. Tel est l'objet du sous-amendement AS585.

Mme Anne Bergantz (Dem). Les amendements AS302 et AS300 de mon collègue Cyrille Isaac-Sibille visent un objectif similaire par des voies différentes : le premier tend à rendre obligatoire l'affichage du nutri-score dans la publicité, le second à rendre obligatoire son affichage sur les emballages des denrées alimentaires.

Selon une tribune que plusieurs scientifiques viennent de publier dans *L'Express*, « *dans un contexte d'augmentation continue du surpoids et de l'obésité*

au sein de la population – un adulte sur deux et près d'un enfant sur cinq – et d'incidence élevée des maladies chroniques liées à la nutrition (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète...) », nous devons « *prendre les mesures visant à préserver et promouvoir la santé publique. Or, plus de 100 études en Europe ont montré que le nutri-score est un outil de santé publique efficace pour améliorer les apports alimentaires* [...]*, contribuant à réduire le risque de maladies chroniques* ».

Le nutri-score est un outil de prévention s'inscrivant dans une logique de maîtrise des coûts.

M. Jean-François Rousset (EPR). Comme le précédent, le sous-amendement AS587 vise à exclure les signes nationaux ou européens de qualité de l'obligation d'affichage, afin de protéger les produits concernés et leurs territoires.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS58 est défendu.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). L'amendement AS201 est défendu.

M. Elie Califer (SOC). L'amendement AS83 vise à rendre obligatoire le nutri-score, sauf pour les produits bénéficiant d'un signe national ou européen de qualité et d'origine dont la liste sera définie par voie réglementaire. Il reprend ainsi l'article 11 *ter* tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture. Trop de groupes agroalimentaires continuent de refuser de jouer le jeu de la transparence.

M. le rapporteur général. En première lecture, nous avions adopté les amendements identiques AS58 et AS201, sous-amendés par le sous-amendement AS584, ce qui correspond aux amendements identiques AS83 et AS300 de cette discussion commune.

L'amélioration de la qualité nutritionnelle est un véritable enjeu et la publicité des produits alimentaires, notamment destinée aux enfants et aux adolescents, pose problème. Toutefois, le levier fiscal ne me semble pas être le mieux adapté.

L'obligation d'afficher le nutri-score concernerait tous les producteurs, quelle que soit leur taille. Or, pour s'y conformer, il est nécessaire de recourir à un bureau d'études, de s'abonner à un logiciel spécialisé et de revoir le conditionnement des produits ; tout cela a un coût. Taxer le non-affichage du nutri-score serait donc préjudiciable aux petits producteurs, ce que les amendements et même les sous-amendements en discussion ne prennent pas en considération.

Ensuite, l'article renvoie à l'intégralité des dispositions du règlement européen sur l'étiquetage des aliments et non aux seules dispositions relatives à la déclaration nutritionnelle. Cela signifie que les compléments alimentaires, sur lesquels il est impossible de faire figurer le nutri-score, ne pourraient échapper à cette taxe ; ce serait injuste.

De plus, cette taxe serait répercutée, tôt ou tard, sur le prix de vente.

Enfin, les produits locaux de qualité ne bénéficiant pas d'un label seraient également pénalisés.

Je suis donc défavorable à l'ensemble des amendements, même si je suis favorable aux sous-amendements de M. Rousset.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je suis favorable à la généralisation du nutri-score, mais j'entends vos arguments, monsieur le rapporteur général. La définition du périmètre auquel il s'applique me semble relever davantage du décret que de la loi ; de plus, ce dispositif me semble moins pertinent pour certains produits. Ne pourrions-nous pas imaginer une nouvelle rédaction, d'ici à l'examen du texte en séance publique, permettant de concilier l'objectif de protection de la santé et la prise en considération des réalités de terrain ?

Mme Justine Gruet (DR). Plutôt que de l'infantiliser, il est préférable d'éduquer le consommateur ; il me semble que la traçabilité des produits est déjà très satisfaisante et que leur composition figure sur les étiquettes.

Le nutri-score ne tient pas compte des proportions dans lesquelles sont consommés les produits ; or l'équilibre alimentaire, c'est se garder des excès.

Recourir à la taxation risque avant tout de faire augmenter les prix, sans permettre d'atteindre les objectifs de prévention en santé publique, de lutte contre l'obésité et de promotion d'un équilibre alimentaire garantissant une bonne hygiène de vie.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Il est judicieux de revenir sur la suppression par le Sénat de l'obligation d'afficher le nutri-score : cet outil, qui fonctionne, a été adopté par 1 500 entreprises agroalimentaires.

Madame Gruet, les consommateurs peuvent certes lire les étiquettes, mais elles ne sont pas toujours lisibles. Les lettres du nutri-score sont claires et compréhensibles par tous.

Cet outil est vertueux pour les consommateurs et pour les producteurs, qui sont incités à revoir leurs recettes pour obtenir une meilleure note.

Il est bon que certains produits de nos terroirs soient exonérés de l'obligation comme le propose Jean-François Rousset.

M. le rapporteur général. Les amendements en discussion commune ne visent pas à rendre obligatoire le nutri-score, comme vous le souhaiteriez, mais à créer une taxe sur les produits qui ne l'affichent pas. Étant dans le cadre du PLFSS, nous n'avons pas d'autre choix, mais créer une taxe ne rendra pas le nutri-score obligatoire.

Comme l'a suggéré Nicolas Turquois, il serait préférable de traiter le problème différemment, par un projet de loi dédié à la prévention ou un nouveau projet de loi Egalim. Malgré la pression sociétale à laquelle le nutri-score contribue, certains industriels agroalimentaires continueront de ne pas l'afficher et répercuteront le coût de la taxe sur les prix des produits.

Enfin, je continue de penser que nous devons nous saisir de l'enjeu relatif aux petits producteurs, qui n'est pas pris en compte dans ces amendements, mais le PLFSS n'est pas le bon vecteur.

La commission ***adopte*** *successivement le sous-amendement AS585 et l'amendement AS183.*

En conséquence, les autres amendements ***tombent*** *et l'article 11* ter *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 11 ***quater*** : *Ajustement de la contribution sur les dépenses de publicité des jeux d'argent et de hasard*

Amendement de suppression AS60 de Mme Élise Leboucher

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous voulons soumettre à la contribution sur les jeux d'argent l'ensemble des dépenses publicitaires des casinos, y compris ce qui contribue à capter de nouveaux publics ou à promouvoir des activités liées aux jeux d'argent.

Or, tel qu'il est rédigé, cet article exonère les casinos de cette contribution pour certains types de dépenses publicitaires. Cela nous semble d'autant moins légitime que les produits de ce secteur connaissent une forte croissance : il est question de 14 milliards d'euros de produit brut en 2024 et d'une croissance annuelle de 4 % à 5 %.

M. le rapporteur général. La publicité pour les jeux d'argent entre dans l'assiette de cette taxe ; il me semble légitime que les publicités des casinos pour leur musée, leur activité de thalassothérapie, leur hôtel ou leur café n'y entrent pas. Il s'agit d'ailleurs d'activités locales.

Cet article, initialement introduit par un amendement de M. de Courson, permet de lever une ambiguïté ; demande de retrait, sinon avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Ce que vous décrivez, monsieur le rapporteur général, ce sont des produits d'appel : ils visent à attirer les gens jusqu'aux casinos afin qu'ils dépensent leur argent aux machines à sous et aux tables de jeu.

Nous pouvons être dupes et faire les dindes, mais ne soyons ni les croupions ni les croupiers des casinos. Lutter contre ce qui pousse à participer aux jeux d'argent contribue à prévenir les addictions.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Puis elle adopte l'article 11 quater ***non modifié****.*

Article 11 ***quinquies*** **A (nouveau)** : *Création d'une taxe sur les dépenses de publicité en faveur des boissons alcooliques à La Réunion*

Amendements de suppression AS77 de M. Thibault Bazin et AS420 de M. Laurent Wauquiez

M. le rapporteur général. Cet article avait déjà été intégré par le Sénat au PLFSS 2025. Je prends très au sérieux l'alerte des sénateurs quant à la consommation d'alcool à La Réunion, un sujet qui avait d'ailleurs été débattu dans l'hémicycle avec nos collègues ultramarins.

Toutefois, instaurer un impôt sur un territoire ultramarin spécifique pose un problème constitutionnel. De plus, l'article ne définit pas les boissons alcooliques formant l'assiette de la taxe, ne précise pas son fait générateur et renvoie ses modalités de recouvrement à un décret.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS420 est défendu.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 11 quinquies *A est* ***supprimé*** *et les amendements AS77 et AS79 de Mme Sandrine Runel* ***tombent****.*

Article 11 ***quinquies*** **B (nouveau)** : *Création d'une taxe sur les produits alimentaires destinés aux nourrissons contenant des sucres ajoutés*

Amendements de suppression AS570 de M. Thibault Bazin et AS499 de M. Fabien Di Filippo

M. le rapporteur général. Cet article vise à créer une taxe comportementale, qui n'incitera pas tous les industriels à modifier leurs recettes, mais qui risque en revanche de renchérir les petits pots pour bébé.

Le levier fiscal n'est pas le bon : il serait préférable de réglementer la composition des petits pots si nous voulons intervenir sur ce point. Créer une taxe lors de l'examen du PLFSS n'est pas le seul moyen d'agir.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS499 est défendu.

Mme Christine Le Nabour (EPR). Je suis favorable à la suppression de l'article pour deux raisons. Premièrement, il risque de fragiliser un secteur déjà strictement encadré, notamment par des normes européennes. Deuxièmement, il ne correspond pas aux exigences physiologiques et aux besoins nutritionnels des tout-petits.

Les produits utilisés dans de nombreux aliments pour bébé contiennent du lactose, qui est le sucre du lait, notamment du lait maternel. Cet article contribuerait donc à taxer le lait maternel, ce qui est complètement incohérent. Il serait préférable de renforcer la prévention et d'améliorer l'information relative aux bonnes pratiques alimentaires pour les tout-petits.

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous avions soutenu en première lecture l'amendement de Cyrille Isaac-Sibille allant dans le même sens que cet article. Nous sommes opposés à ces amendements de suppression.

M. Nicolas Turquois (Dem). Nous sommes totalement opposés à la suppression de cet article. Cyrille Isaac-Sibille nous avait alertés au sujet de la présence de sucres dans les aliments pour bébé. C'est insupportable. Le cadre du PLFSS n'est sans doute pas idéal, mais nous devons envoyer un message clair à ce sujet. Nous ne pouvons laisser nos bébés exposés à un tel risque d'addiction.

La commission ***rejette*** *les amendements.*

Amendement AS511 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

Mme Anne Bergantz (Dem). L'amendement est défendu.

Contre l'avis du rapporteur, la commission ***adopte*** *l'amendement.*

Puis elle ***rejette*** *l'article 11* quinquies *B.*

Article 11 ***quinquies*** : *Allégement de la taxe sur les ventes en gros aux officines pharmaceutiques*

La commission ***adopte*** *l'article 11* quinquies ***non modifié****.*

Article 11 ***sexies*** : *Fixation par la loi du plafond des remises commerciales*

La commission ***adopte*** *l'article 11* sexies ***non modifié****.*

Article 11 ***septies*** : *Contribution spécifique sur les entreprises qui importent, produisent ou commercialisent de l'hexane*

Amendements AS467 de M. Boris Tavernier et AS88 de Mme Sandrine Runel (discussion commune)

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). L'amendement AS467 est défendu.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS88 vise à rétablir l'article, supprimé par le Sénat, qui prévoit la taxation du n-hexane. Cet article résulte de l'adoption, en première lecture, d'un amendement de M. Ramos.

M. le rapporteur général. Cette fois, monsieur Guedj, je peux vous répondre au sujet du rendement de la taxe : il serait nul, parce que vous ne prévoyez aucune assiette et que le taux de la contribution serait déterminé par un arrêté, ce qui exposerait la mesure à une censure du Conseil constitutionnel. Juridiquement, l'amendement ne va pas du tout.

M. Nicolas Turquois (Dem). L'amendement fixe bien un taux. Néanmoins, je ne suis pas favorable à cet article, bien qu'il résulte d'un amendement de mon collègue Richard Ramos.

L'hexane est apparu récemment dans le débat public et ce terme chimique attise les peurs. Les procédés industriels ont recours parfois à des moyens mécaniques et parfois à des produits ; évidemment, on en trouve des traces si on les cherche. L'Assemblée n'a pas à se prononcer sur la dangerosité de ce produit pour la santé publique, de même qu'elle n'a pas à se prononcer sur l'efficacité de tel ou tel médicament. Il s'agit d'une question réglementaire.

M. le rapporteur général. *Mea culpa*, je parlais uniquement de l'amendement AS467 ; l'amendement AS88 prévoit bien un taux. Cependant, j'y suis également défavorable parce qu'il est inséré dans l'article relatif à la clause de sauvegarde pour le médicament, ce qui n'a rien à voir.

Enfin, au-delà de la forme, rappelons que deux études sont en cours au sujet de l'hexane.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le groupe La France insoumise votera ces amendements, qui rétablissent l'article en le durcissant.

Nous commençons tout juste à agir politiquement au sujet de l'hexane. Ce produit, utilisé depuis les années 1930, a d'abord été considéré comme inoffensif. Dans les années 1960-1970, il a été prouvé qu'il provoquait des lésions irréversibles du système nerveux – celui, notamment, des cordonniers italiens et japonais qui y étaient exposés à cause de la colle qu'ils utilisaient.

Ce produit est désormais utilisé pour extraire de l'huile végétale à partir de soja, de colza ou de tournesol. À partir de cette extraction sont produits des tourteaux, utilisés pour l'alimentation animale ; l'hexane se retrouve ainsi dans notre chaîne alimentaire, essentiellement dans le beurre, le poulet et le lait infantile.

On commence à peine à mesurer l'ampleur de la contamination par l'hexane, mais il s'agit d'un enjeu de santé publique. Il est donc indispensable de rétablir cet article.

M. Turquois a posé une bonne question : pourquoi l'Assemblée prendrait-elle position à ce sujet ? Parce qu'il existe un consensus scientifique, qui doit avoir des conséquences législatives, comme cela a été le cas pour l'amiante.

M. Jean-François Rousset (EPR). Dans les années 1930, l'hexane était qualifié de produit stable. On sait depuis qu'il ne l'est pas, mais aucune étude n'a démontré qu'il provoque des maladies neurodégénératives ; cela reste une hypothèse de travail. Cette molécule se fixe sur des molécules lipidiques, ce qui en facilite l'extraction. Il est beaucoup trop tôt pour se prononcer sur sa dangerosité.

Mme Joëlle Mélin (RN). J'entends les mêmes arguments que ceux que j'ai entendus pendant huit ans au Parlement européen. Celui-ci a passé en revue la totalité des produits chimiques pour en déterminer le caractère mutagène ou reprotoxique, sans mesurer l'impact de ses décisions sur la santé, l'alimentation et les entreprises concernées.

Nous devons nous saisir de ces sujets, mais pas de cette manière : on ne peut, au détour d'un PLFSS, pointer tel ou tel produit, même s'il est éventuellement toxique – ce qui reste à prouver. Une étude d'impact doit être sérieusement menée, en tenant compte des taux et des temps d'exposition à cette molécule – l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles sait très bien faire ça.

*La commission **rejette** successivement les amendements AS467 et AS88.*

*Elle **maintient** la suppression de l'article 11* septies.

Article 11 *octies* (nouveau) : *Création d'un plan d'épargne pour les salariés des associations*

Amendements de suppression AS578 de M. Thibault Bazin, AS62 de M. Damien Maudet et AS291 de M. Yannick Monnet

M. le rapporteur général. Je souhaite la suppression de l'article pour des raisons juridiques : je ne peux cautionner le contournement des règles organiques. La loi de financement de la sécurité sociale et la loi de finances ne sont pas adaptées à la création d'un produit de banque ou d'assurance, qu'un traitement fiscal et social dérogatoire leur soit associé ou non.

De plus, il ne me semble pas que créer un plan d'épargne pour les seuls salariés des associations soit une solution. Il serait juridiquement plus simple et financièrement plus efficace de faciliter l'ouverture d'un plan d'épargne entreprise pour les salariés du secteur de l'économie sociale et solidaire.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). De notre côté, nous souhaitons éviter la création d'une nouvelle niche sociale.

*La commission **adopte** les amendements de suppression.*

En conséquence, l'article 11 octies *est **supprimé** et l'amendement AS290 de Mme Karine Lebon **tombe**.*

Article 11 *nonies* (nouveau) : *Augmentation du temps de travail annuel de douze heures et exclusion de la dernière heure de l'assiette des cotisations sociales*

Amendements de suppression AS563 de M. Thibault Bazin, AS65 de Mme Ségolène Amiot, AS92 de M. Jérôme Guedj, AS292 de M. Yannick Monnet et AS482 de Mme Sandrine Rousseau

M. le rapporteur général. Les principales dispositions de cet article ajouté par le Sénat relèvent du droit du travail et n'ont pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

De plus, en modifiant le seuil à partir duquel une heure de travail est considérée comme une heure supplémentaire, cet article aurait des effets de bord dont l'ampleur n'est pas suffisamment renseignée sur des dispositifs sociaux et fiscaux concernant les heures supplémentaires. Je ne souhaite pas qu'il soit porté préjudice à nos concitoyens qui bénéficient de ces dernières.

*La commission **adopte** les amendements.*

En conséquence, l'article 11 nonies *est **supprimé** et les amendements AS445 et AS444 de Mme Sandrine Rousseau, ainsi que l'amendement AS465 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, **tombent**.*

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

Amendements identiques AS425 de Mme Camille Galliard-Minier et AS505 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). Les amendements visent à revenir sur l'adoption d'un amendement sénatorial qui neutralise la baisse de la TVA affectée à la sécurité sociale prévue à l'article 40 du projet de loi de finances (PLF) pour 2026. Il s'agit de corriger les taux de répartition entre les différentes branches pour rétablir la rédaction initiale de l'article 12.

M. le rapporteur général. Ces amendements me surprennent : si un combat peut faire consensus dans notre commission, c'est bien celui en faveur de la compensation des exonérations ciblées – la ministre a pris cet engagement concernant les heures supplémentaires – et de la compensation totale des allégements généraux.

L'amendement sénatorial sur lequel vous souhaitez revenir vise à maintenir l'affectation aux organismes de la sécurité sociale de 1,6 milliard d'euros issus de la réduction des allégements généraux de cotisations correspondant aux gains pour l'année 2025, que la loi de financement de la sécurité sociale votée en février 2025 avait annulée. Je souhaite que cette somme, ainsi que les 3,1 milliards issus de la réduction des allégements généraux de cotisations prévus pour 2026, restent affectés à la sécurité sociale, car elle en a besoin.

Demande de retrait.

Mme Annie Vidal (EPR). L'article 12 est un article de transfert, fiscalement neutre. Il s'agit de rester cohérent avec les transferts initiaux. Conserver la version du Sénat ne changerait rien.

M. le rapporteur général. Cela ne changerait rien pour la sécurité sociale dans l'immédiat, mais il faudra veiller à intégrer la modification correspondante à l'article 40 du PLF. Il me semble préférable de maintenir la version sénatoriale et d'être vigilant sur ce point.

La commission ***rejette*** *les amendements.*

Puis elle adopte l'article 12 ***non modifié****.*

Article 12 ***bis*** **A (nouveau)** : *Extension aux fonds de dotation de l'abattement de taxe sur les salaires applicable à d'autres organismes sans but lucratif*

Amendement de suppression AS68 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le groupe La France insoumise étant hostile au principe même de la taxe sur les salaires, il ne peut qu'être défavorable à l'extension de l'abattement sur cette taxe aux fonds de dotation ou à d'autres secteurs. Cela pose en effet un problème de circularité : les établissements de santé publique doivent acquitter une taxe pour financer des fonds dont le bénéfice reviendrait, dans certains cas, à la santé publique. De plus, on ne sait pas très bien ce qui sera financé en bout de chaîne, alors qu'on sait, en revanche, ce que coûte une telle taxe pour un centre hospitalier universitaire (CHU) tel que celui de Purpan à Toulouse, qui acquitte chaque année 60 millions d'euros – soit l'équivalent de 1 500 postes qui auraient pu être créés avec cet argent et qui ne le seront pas.

M. le rapporteur général. Les fonds de dotation sont des organismes sans but lucratif, qui réalisent ou aident un autre organisme à but non lucratif à réaliser une œuvre ou une mission d'intérêt général. Vous dites qu'on ne sait pas ce qui est financé en bout de chaîne mais, grâce à cet abattement, les structures pourront embaucher plus facilement ou augmenter la rémunération de leurs salariés, ce qui rejoint vos préoccupations.

Je vous invite donc à retirer votre amendement ; à défaut, j'émettrais un avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). On fait payer aux hôpitaux une taxe pour financer des fonds dirigés par des acteurs privés. Et non, nous ne savons pas quel usage est fait de ces fonds, puisqu'il n'y en a ni fléchage ni contrôle administratif – dans son rapport de 2024 sur le secteur de la philanthropie, la Cour des comptes dénonce le manque de contrôle et une opacité totale des dons.

Non seulement on fait payer les hôpitaux qui auraient pu utiliser cet argent pour recruter des soignantes et soignants, mais, en plus, on le fait au bénéfice d'un secteur prétendument non lucratif, aux mains du privé. Nous savons très bien ce que cela peut donner : des décisions sont prises avec de l'argent public, pour le meilleur comme pour le pire, sans aucun contrôle. Il y a donc une double déperdition, à laquelle nous sommes rigoureusement hostiles.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 12* bis *A* ***non modifié****.*

Article 12 ***bis*** : *Transfert d'une fraction de contribution sociale généralisée de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie vers les départements*

La commission ***maintient*** *la suppression de l'article 12* bis.

Article 12 ***ter*** **A (nouveau)** : *Maintien des réductions proportionnelles des cotisations patronales maladie et famille pour la SNCF, la RATP et les entreprises des industries électriques et gazières*

La commission ***adopte*** *l'article 12* ter *A* ***non modifié****.*

Article 12 ***ter*** : *Rendre automatique l'annulation des cotisations sociales prises en charge par l'assurance maladie en cas de fraude*

Amendements AS97 de M. Jérôme Guedj et AS194 de Mme Élise Leboucher, amendements identiques AS564 de M. Thibault Bazin et AS330 de Mme Joëlle Mélin (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). Il s'agit de rétablir l'article 12 *ter*.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS194 est défendu.

M. le rapporteur général. L'amendement AS194 pose un problème de constitutionnalité, car il prévoit non seulement l'automaticité mais impose également que l'annulation de la prise en charge soit totale, sans considération pour les situations individuelles.

L'amendement AS97 est intéressant, car il précise que la décision doit se fonder sur un rapport analysant de manière circonstanciée les faits à caractère frauduleux. Je vois bien l'intention, mais je crains que sa proposition ne soit une usine à gaz, source de contentieux multiples.

Par mon amendement, je propose de rétablir l'article 12 *ter* dans une rédaction strictement identique à celle que nous avions adoptée en première lecture : l'annulation de la prise en charge des cotisations serait donc automatique, mais le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) resterait souverain dans l'appréciation du montant de cette annulation, qu'elle soit totale ou partielle – nous verrons ce qu'en pense le Conseil constitutionnel.

Pour ces raisons, je vous invite à retirer vos amendements AS97 et AS194 ; à défaut, j'émets un avis défavorable.

M. Jérôme Guedj (SOC). Je maintiens d'autant plus mon amendement qu'il a été rédigé en tenant compte des observations du rapporteur général. Je ne comprends pas bien pourquoi il n'est jamais satisfait.

M. le rapporteur général. Ne soyez pas injuste, monsieur Guedj ; j'ai déjà émis des avis favorables sur certains de vos amendements. Même si je reconnais que vous avez travaillé sur le sujet et que vous êtes force de proposition, votre amendement, tel qu'il est rédigé, comporte une malfaçon légistique.

La commission ***rejette*** *successivement les amendements AS97 et AS194 puis* ***adopte*** *les amendements identiques AS564 et AS330.*

En conséquence, l'article 12 ter *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 12 ***quater*** : *Limiter à un mois le délai de transmission à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et à la Caisse nationale des allocations familiales des déclarations souscrites par les plateformes numériques auprès de la direction générale des finances publiques et recentrer le dispositif de précompte des cotisations sociales sur les plateformes d'emploi*

La commission ***maintient*** *la suppression de l'article 12* quater.

Article 12 ***quinquies*** : *Supprimer les dérogations au principe de compensation des exonérations ciblées de cotisations sociales*

La commission ***adopte*** *l'article 12* quinquies ***non modifié****.*

Article 12 ***sexies*** : *Instauration d'une participation financière pour le bénéfice de la protection universelle maladie par les personnes résidant en France sans y exercer d'activité professionnelle ni y être imposables*

Amendements de suppression AS565 de M. Thibault Bazin, AS70 de Mme Élise Leboucher et AS293 de Mme Karine Lebon

M. le rapporteur général. L'objectif de mon amendement est de déplacer cet article dans la troisième partie du projet de loi, relative aux dépenses. En effet, le dispositif tel que modifié par le Sénat instaure une condition pour bénéficier de la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie au titre de la protection universelle maladie. Le laisser dans la deuxième partie, qui concerne les recettes, l'exposerait à une censure du Conseil constitutionnel pour non-respect de la tripartition des lois de financement de la sécurité sociale.

Étant soucieux de voir cet article figurer dans le texte final – si nous parvenons à en adopter un –, je proposerai que nous adoptions l'amendement AS567 placé après l'article 18 *quater* – j'ai prévenu de cette

opération notre collègue François Gernigon, qui était à l'origine de cette disposition lors de l'examen du texte en première lecture.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS70 est défendu.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS293 est défendu.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 12 sexies *est* ***supprimé****.*

Article 12 ***septies*** : *Supprimer la minoration de la compensation par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des pertes de recettes induites par les allégements généraux pour l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce*

Amendements identiques AS197 de M. Damien Maudet et AS333 de Mme Joëlle Mélin

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS197 est défendu.

M. le rapporteur général. Si ces amendements étaient adoptés, ils feraient perdre 4,1 milliards d'euros à la sécurité sociale. Avis défavorable.

La commission ***rejette*** *les amendements.*

Elle ***maintient*** *la suppression de l'article 12* septies*.*

Article 12 ***octies*** : *Supprimer la possibilité de fixer par décret le montant de la contribution versée par les régimes complémentaires de retraite au régime général au titre de l'équilibre financier des régimes spéciaux fermés*

Amendements identiques AS200 de Mme Ségolène Amiot et AS305 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). Il s'agit de rétablir l'article 12 *octies*, afin d'empêcher le Gouvernement de décider arbitrairement et autoritairement du montant de la contribution versée par l'Agirc-Arcco.

M. le rapporteur général. Je suis sensible à éviter toute ponction arbitraire, d'autant que je suis attaché, comme vous, au fonctionnement paritaire.

Toutefois, si la Caisse nationale d'assurance vieillesse et l'Agirc-Arrco ont bien conclu une convention fixant cette contribution pour l'exercice 2025, rien ne garantit qu'un tel accord soit renouvelé chaque année.

Or l'équilibre financier des régimes spéciaux mis en extinction est un enjeu majeur et il faut prévenir toute carence future. Les régimes complémentaires, eux, ont bénéficié des cotisations versées par les nouveaux entrants, sans avoir de pensions à reverser dans l'immédiat.

Je propose donc de maintenir la suppression de l'article et j'émets un avis défavorable à vos amendements.

M. Yannick Monnet (GDR). En gros, l'État peut se permettre de mal gérer et de piocher dans les branches, et on le laisse encore imposer une contribution à l'Agirc-Arcco qui, elle, a une gestion plutôt bonne et saine. Ce n'est pas juste !

M. le rapporteur général. Nous avions déjà eu le débat en première lecture. L'Agirc-Arcco perçoit les cotisations de ceux qui relevaient des régimes spéciaux désormais fermés ; elle reçoit donc des recettes, sans avoir pour l'instant à verser de pensions à ces nouveaux affiliés qui ne sont pas encore en âge de prendre une retraite. La vraie question est plutôt de déterminer quel juste montant elle doit reverser chaque année, par solidarité, aux régimes en extinction, qui, eux, ne touchent plus de recettes. Je suis sensible à ce que vous dénoncez, encore faut-il que le montant de ce transfert soit négocié.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 12 octies *est* ***ainsi rétabli****.*

La réunion est suspendue de seize heures trente à seize heures quarante-cinq.

Article 12 ***nonies*** : *Augmenter les majorations de cotisations sociales en cas de travail dissimulé*

Amendements identiques AS566 de M. Thibault Bazin, AS99 de M. Jérôme Guedj et AS332 de Mme Joëlle Mélin

M. le rapporteur général. Le Sénat a supprimé l'article 12 *nonies* non pas parce qu'il y est opposé sur le principe, mais parce qu'il a adopté un amendement similaire en insérant un article 17 *bis* dans le projet de loi de lutte contre les fraudes sociales et fiscales. Je me réjouis que la lutte contre la fraude soit une priorité partagée par les deux chambres, mais il faut assurer une bonne coordination entre le PLFSS et ce projet de loi, dont les calendriers s'entrecroisent d'une manière peu favorable à la qualité de la loi.

D'une part, le PLFSS devrait être adopté et promulgué, en théorie, avant le texte sur les fraudes ; d'autre part, l'article 17 *bis* de ce dernier ne procède pas aux coordinations nécessaires avec le code de la sécurité sociale.

Dans ces conditions, l'article 12 *nonies* étant mieux rédigé et susceptible d'entrer en vigueur plus rapidement, je vous propose de le rétablir.

M. Jérôme Guedj (SOC). Les sanctions appliquées dans le cadre de la fraude au travail dissimulé rapportent des recettes significatives à la sécurité sociale, de l'ordre de 500 millions d'euros. C'est pourquoi nous assumons de majorer ce qui

est bien une sanction pour violation du respect du code de la sécurité sociale – et non une taxe. Cette mesure est de nature à dissuader les gens de recourir au travail dissimulé, du moins je l'espère ; si elle ne le fait pas, elle permettra du moins à la sécurité sociale de percevoir plusieurs centaines de millions supplémentaires.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS332 est défendu.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 12 nonies *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 12 ***decies*** : *Supprimer la possibilité pour un employeur de bénéficier d'une réduction des majorations de redressement après un constat de travail dissimulé*

Contre l'avis du rapporteur général, la commission ***adopte*** *les amendements identiques AS102 de M. Jérôme Guedj, AS306 de M. Yannick Monnet et AS331 de Mme Joëlle Mélin.*

En conséquence, l'article 12 decies *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 12 ***undecies*** : *Modification du montant des pénalités prononcées en cas de non-respect de l'obligation de transmission à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales des données des vendeurs et prestataires recourant à des plateformes numériques*

La commission ***maintient*** *la suppression de l'article 12* undecies*.*

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*

Amendements de suppression AS307 de M. Yannick Monnet et AS504 de M. Damien Maudet

M. Yannick Monnet (GDR). Pour nous, il ne devrait pas y avoir d'exonérations de cotisations sociales du tout. Un système d'aides directes serait plus lisible. En outre, de plus en plus d'exonérations ne sont pas compensées, ce qui grève fortement le budget de la sécurité sociale.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS504 est défendu.

M. le rapporteur général. Cet article constitue une disposition obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale. De plus, il ne concerne pas les

allégements généraux – contrairement à ce qui est indiqué dans l'exposé sommaire de l'amendement AS504 –, mais uniquement les exonérations ciblées.

Vous êtes contre toute forme d'exonération ; moi, je suis favorable à ce que les exonérations soient compensées. Je ne peux donc que souhaiter le maintien de l'article 13, qui traduit le respect de la règle de compensation issue de la loi Veil. Il faudra que cette compensation soit ajustée pour tenir compte des votes émis par le Parlement durant l'examen du PLFSS.

Avis défavorable.

M. Jérôme Guedj (SOC). Vous êtes d'autant plus opposé à la suppression de cet article qu'il intègre la compensation intégrale des 2,5 milliards d'euros d'exonérations sur les heures supplémentaires que vous aviez fait voter en première lecture ! Même si ce sera difficile pour le budget de l'État, la sécurité sociale récupérera ainsi 2,5 milliards de recettes supplémentaires par rapport à ce qui était proposé dans la version initiale du projet de loi.

M. le rapporteur général. C'est en effet dans cet article que le Gouvernement devra concrétiser les engagements pris en matière de compensation, sachant que son montant définitif ne pourra être ajusté qu'à la fin de l'examen du texte. Parmi les exonérations ciblées, il y a celles sur les heures supplémentaires – qui représentent plutôt 2,7 milliards d'euros – et les quatre dispositifs que nous avons déjà mentionnés.

M. Nicolas Turquois (Dem). J'entends qu'intellectuellement on puisse être contre les exonérations ; toutefois, l'objet de cet article est de compenser les pertes de recettes de la sécurité sociale. Je souhaite qu'à terme il y ait moins d'exonérations et davantage de cotisations basées sur la rémunération, mais, en attendant, je ne soutiendrai pas ces amendements de suppression de l'article.

M. Yannick Monnet (GDR). Compenser les exonérations est un moindre mal, je vous l'accorde. Néanmoins, il faut garder à l'esprit qu'en faisant cela, on finance la sécurité sociale par de la TVA et je ne suis pas favorable à ce procédé. Car si on fait du bien à la sécurité sociale à court terme en compensant les pertes de recettes, on introduit le mal dans le bien, puisqu'on modifie la manière de la financer, ce qui est dramatique à moyen et à long terme.

La commission ***rejette*** *les amendements.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 13* ***non modifié****.*

Article 14 *: Approbation, pour l'année 2026, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base*

Amendements de suppression AS202 de M. Hadrien Clouet et AS334 de Mme Joëlle Mélin

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS202 est défendu.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Il faudra ajuster le tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale en fonction de ce qui aura été adopté par notre assemblée.

*La commission **rejette** les amendements.*

*Puis, suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement AS308 de M. Yannick Monnet.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 14 **non modifié**.*

Article 15 : *Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes du fonds de réserve pour les retraites*

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement de suppression AS310 de M. Yannick Monnet.*

Amendements AS103 de Mme Élise Leboucher et AS106 de M. Manuel Bompard (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Il s'agit d'obtenir l'extinction immédiate de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), qui aurait dû disparaître il y a plusieurs années déjà. Elle fait porter à la sécurité sociale la charge d'une dette sociale que l'État pourrait faire rouler et qui coûte cher en intérêts.

M. le rapporteur général. Dans un monde idéal, le budget serait à l'équilibre et il n'y aurait ni déficit ni dette sociale. Cependant, nous avons des déficits, qui résultent parfois de raisons exogènes – je pense notamment à la dette covid, dont une partie aurait pu ne pas être transférée à la Cades. Il faut bien rembourser cette dette sociale. C'est une exigence morale : lorsqu'on contracte des emprunts, on doit les rembourser. En supprimant le remboursement, vous ne réglez rien. Nous n'étions pas là, ni vous ni moi, lorsque la Cades a été créée ni lorsque la durée d'amortissement de la dette a été prolongée à plusieurs reprises. Maintenant, il faut assumer, tout en restant vigilants, car si nous augmentons les déficits, nos enfants et nos petits-enfants devront payer.

M. Yannick Monnet (GDR). Lorsqu'on renonce à des recettes, on sait bien qu'on va créer un déficit et alimenter une dette. Il ne s'agit donc pas d'un monde idéal, mais d'un monde où on ferait d'autres choix politiques. Ceux que vous soutenez perdurent depuis dix à quinze ans. Dans un budget, il y a une colonne pour les dépenses et une pour les recettes ; en refusant d'agir sur ces dernières, on crée un déficit. Ensuite, est-ce à la sécurité sociale de financer la dette covid ? Pour ma part, je considère que non. Cela coûterait moins cher si l'État s'en chargeait.

Mme Annie Vidal (EPR). Nous pourrions avoir un débat de fond sur la manière de financer la sécurité sociale. Toutefois, la dette est contractée et contractuelle et nous devons la rembourser. Lorsque vous faites un emprunt à la banque, vous ne pouvez pas dire à votre banquier, une fois le crédit signé, que vous

n'avez plus envie de le rembourser parce que vous préférez faire autre chose avec l'argent !

M. Michel Lauzzana (EPR). La Cades gère très bien la dette, avec l'Agence France Trésor, qui est un organisme très efficace. Les dépenses pourraient aussi baisser, monsieur Monnet. En réformant le système des retraites, par exemple, on peut aussi réaliser des économies structurelles. Néanmoins, les dépenses sociales augmentent continuellement. Où s'arrêteront-elles ? Il faut y réfléchir.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendements identiques AS108 de M. Damien Maudet et AS309 de M. Yannick Monnet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS108 est défendu.

M. Yannick Monnet (GDR). C'est vrai, monsieur Lauzzana, il y a des dépenses qui progressent, mais la création de richesse progresse aussi.

M. Michel Lauzzana (EPR). Moins vite.

M. Yannick Monnet (GDR). Non, ce n'est pas vrai ! Depuis que la sécurité sociale a été instaurée, il y a eu beaucoup de création de richesse. La vraie question, c'est de savoir comment nous pouvons protéger le monde du travail pour qu'il en produise encore davantage. Vous n'avez jamais réussi à anéantir la sécurité sociale, car il s'agit d'un système plutôt équilibré, qui ponctionne sur la richesse créée. Mais lorsque vous refusez d'agir sur ce levier, ne vous étonnez pas ensuite qu'il y ait de la dette et du déficit.

M. le rapporteur général. Nous parlons d'un transfert de dette de 15 milliards d'euros – aucun des amendements que nous examinerons aujourd'hui ne prévoit de montant aussi élevé et c'est la mesure la plus importante que le Gouvernement ait fait adopter au Sénat sur ce texte.

L'Acoss est dans une situation financière compliquée, faute de recettes affectées. Et en même temps, nous ne pouvons reporter la date d'amortissement de la dette sociale, car un tel report nécessiterait une loi organique.

Quoi qu'il en soit, le transfert de dette proposé est juridiquement et économiquement possible. En outre, le Parlement est désormais éclairé par un avis du Conseil d'État. Est-ce suffisant ? C'est à vous d'en juger.

Lors des auditions, les responsables de la Cades ont indiqué qu'au niveau actuel d'endettement, la dette pourrait être apurée bien avant l'échéance de fin 2023 – *a priori* à la fin de 2032, selon les scénarios médians.

Si l'on procède au transfert de 15 milliards d'euros proposé, en revanche, l'amortissement de la dette de la Cades n'aurait lieu qu'en 2033 ; dans les scénarios les plus pessimistes, ce serait même novembre ou décembre 2033. Je ne vais pas

vous mentir : le transfert de dette proposé augmente donc les risques, même si nous avons de la marge.

Le plafond de découverts de l'Acoss est déjà très élevé pour 2026, de 83 milliards d'euros, et sa marge de manœuvre très réduite. Un allégement de 15 milliards de sa dette sera un soulagement de court terme et nous ne pourrons pas faire l'économie d'un débat sur une reprise de dette plus structurante, d'autant que, selon la programmation, les comptes de la sécurité sociale enregistreront un déficit pour les trois prochaines années – j'espère toutefois que le déficit pour 2026 n'atteindra pas le niveau de 2025, à savoir 23 milliards. L'Acoss ne peut pas assumer un tel déficit ; le risque serait trop élevé.

La France est le premier émetteur de dette à court terme sur la place européenne – le deuxième est 30 % derrière. Le plafond de découverts de l'Acoss était de 65 milliards d'euros en 2025, pour une dette qui devrait atteindre 61 milliards en décembre. Nous ne tiendrons donc pas l'année 2026, sans le transfert de dette, le relèvement du plafond d'endettement à 83 milliards prévu à l'article 16 et l'acompte prévu à l'article 11 – ceux qui ont voté contre l'article 11 doivent savoir que celui-ci permet de réduire la hausse du plafond d'endettement de l'Acoss de 8 à 9 milliards.

Avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Le transfert de dette proposé alourdira la dette de la Cades, alors qu'elle n'a pas été créée pour l'assumer. De même, vous financiarisez la dette de la sécurité sociale, alors que la sécurité sociale n'a pas été prévue pour fonctionner ainsi. Tout ça pour faire assumer à la sécurité sociale, c'est-à-dire aux travailleurs et aux travailleuses, les conséquences des choix politiques du Gouvernement.

En outre, sur le fond, le budget de la sécurité sociale ne devrait pas être fixé dans le PLFSS, car c'est aux travailleurs et aux travailleuses que devraient revenir ces décisions financières.

Ainsi, ce transfert de dette coche toutes les mauvaises cases. Nous proposons donc de le supprimer.

M. Nicolas Turquois (Dem). Ce transfert de dette peut être utile, même si, du point de vue du droit à l'information des députés, qu'une mesure d'un tel montant soit présentée par voie d'amendement au Sénat, entre deux lectures, ce n'est pas correct ! Je comprends qu'il s'agit d'une décision de court terme, prise dans l'urgence, pour sauver la sécurité sociale, mais j'aurais préféré que le Premier ministre vienne nous la présenter.

M. Michel Lauzzana (EPR). Monsieur Monnet, le produit intérieur brut (PIB) de notre pays augmente moins vite que ses dépenses sociales, car nos prédécesseurs ont eu la lâcheté de laisser filer la dette – notamment la dette sociale, qui constitue une très grosse part de l'augmentation de la dette depuis trente ans.

Quant à la reprise de dette proposée, la Cades a été inventée pour amortir la dette sociale, en empruntant à des taux beaucoup plus faibles que l'Acoss, qui ne gère que la trésorerie. Une telle mesure s'inscrit donc dans un cercle vertueux.

Toutefois, je suis d'accord avec M. le rapporteur général : il faut trouver une solution structurelle alors que nous approchons de la date limite d'amortissement de la dette de la Cades. À défaut, nous aurons un véritable problème.

M. Hendrik Davi (EcoS). Nous comprenons bien que ce transfert de dette est une solution d'urgence pour éviter une crise de liquidités.

Le fond du problème est que vous refusez d'accroître les recettes pour limiter le déficit de la sécurité sociale – vous avez ainsi refusé les 20 à 30 milliards d'euros de recettes supplémentaires que nous proposions.

Il n'est pas légitime d'augmenter la dette de la sécurité sociale. Après un tel transfert de dette à la Cades, à la fin des fins, vous ferez un chantage sur les prestations, alors que le débat devrait porter sur les recettes.

Nous voterons pour les amendements supprimant ce transfert de dette, parce que nous n'avons pas tout à fait fini de débattre des recettes – nous espérons toujours que vous voterez en faveur de milliards de recettes supplémentaires, en revenant sur certains allégements généraux, par exemple.

M. le rapporteur général. L'Assemblée nationale a terminé l'examen du PLFSS le 12 novembre à minuit et a transmis le texte au Sénat le 13. Le Premier ministre a demandé un avis au Conseil d'État sur un transfert de dette à la Cades le 17. Cet avis a été rendu le 20. Pour ma part, je n'ai découvert la mesure que lors de son examen au Sénat.

Sur le fond, l'Acoss demande un transfert depuis des années, car sa situation n'est pas soutenable.

Par ailleurs, le rehaussement du plafond d'endettement à 83 milliards prévu dans le présent texte correspondait à l'objectif initial d'un déficit de la sécurité sociale de 17 milliards pour l'an prochain. Or, même en supprimant les irritants du PLFSS, nous allons sans doute vers un déficit supérieur de plusieurs milliards. Nous devrons donc soit augmenter encore le plafond de découverts de l'Acoss, soit affecter d'autres recettes à la Cades – mais pour cela, il faudrait une loi organique.

En attendant un débat plus structurant, il faut résoudre les difficultés de trésorerie de l'Acoss à court terme, y compris au cas où le déficit serait l'an prochain supérieur aux prévisions initiales.

L'important est qu'avec le transfert de dette proposé, l'apurement de la dette de la Cades serait possible à la mi-2033, selon les scénarios médians, et en novembre 2033, selon les scénarios les plus pessimistes. Bref, ça passe – même si nous aggravons les risques de ne pas respecter l'échéance de fin 2033.

Ainsi, je reste défavorable aux amendements en discussion, même si j'aurais préféré que la commission soit informée plus tôt de cette opération.

La commission ***rejette*** *les amendements.*

Amendement AS591 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il faut clarifier le transfert de dette sur le plan technique. Le Gouvernement fixe l'objectif d'une reprise de dette de 9 milliards d'euros pour la branche maladie et de 6 milliards pour la branche vieillesse. Or l'article prévoit de calculer le montant de la dette reprise pour ces branches à partir des seuls déficits de 2024, alors qu'un tel calcul ne permettrait pas à la branche vieillesse de bénéficier de 9 milliards. Le présent amendement vise à remédier au problème, en calculant le prorata de la reprise de dette pour cette branche à partir de ses déficits cumulés pour les exercices 2021 à 2024.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 15* ***modifié****.*

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

La commission ***adopte*** *l'article 16* ***non modifié****.*

Article 16 ***bis*** *: Obligation pour certains organismes de sécurité sociale de s'endetter prioritairement auprès de la Caisse des dépôts et consignations*

Amendements identiques AS73 de Mme Ségolène Amiot, AS259 de M. Yannick Monnet, AS335 de Mme Joëlle Mélin et AS350 de Mme Sandrine Rousseau

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'article 16 *bis*, qui a été supprimé par le Sénat, visait à permettre à l'Acoss de se financer par des emprunts auprès de la Caisse des dépôts et consignations, plutôt que sur les marchés financiers. Nous proposons de le rétablir, car il faut définanciariser l'Acoss.

M. Yannick Monnet (GDR). Je précise que cet article était issu d'un amendement que nous avions adopté en séance publique.

M. le rapporteur général. Oui, malgré mon avis défavorable, et je reste défavorable à la mesure.

Si l'Acoss peut déjà recourir à des emprunts auprès de la Caisse des dépôts, votre amendement prévoit qu'elle devrait le faire en priorité. Or, notamment au vu des règles prudentielles, la Caisse des dépôts ne pourrait pas accorder à l'Acoss des prêts d'un montant suffisant pour couvrir ses besoins de financement. Rendez-vous compte : le 15 décembre, l'Acoss émettra potentiellement 61 milliards d'euros de

dette à court terme. Ce n'est pas rien ! Et l'an prochain, nous lui permettrons même sans doute d'aller jusqu'à 83 milliards !

Certes, vous prévoyez que l'Acoss pourrait continuer à s'endetter auprès des marchés financiers. Toutefois, en saturant son plafond d'emprunt auprès de la Caisse des dépôts, votre mesure priverait l'Acoss d'un filet de sécurité en cas d'événements imprévus. Le dispositif pourrait donc se retourner contre l'Acoss et tous nos concitoyens qui ont besoin du financement des prestations, alors que ce n'est pas votre intention.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements.*

*Elle **maintient** la suppression de l'article 16* bis*.*

Article 17 *: Approbation de l'annexe pluriannuelle*

Amendements de suppression AS180 de M. Hadrien Clouet et AS311 de Mme Karine Lebon

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS180 est défendu.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS311 est défendu.

M. le rapporteur général. Je serais tenté d'émettre un avis favorable : en supprimant l'article, on s'éviterait un débat dépourvu de sens sur les amendements relatifs à l'annexe du texte. Toutefois, puisqu'une LFSS doit obligatoirement comporter un tel article, je ne peux être qu'être défavorable à vos amendements de suppression.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 17 est **supprimé** et les amendements AS126 et AS127 de Mme Sophia Chikirou, AS132 de M. Perceval Gaillard, AS133 de Mme Karen Erodi, AS136 de Mme Murielle Lepvraud, AS129 de M. Paul Vannier et AS118 de Mme Sophie Pantel, les amendements identiques AS54 de Mme Sandrine Rousseau et AS116 de M. Boris Vallaud, les amendements AS144 de Mme Ségolène Amiot, AS121 de Mme Élise Leboucher, AS124 de M. Hadrien Clouet, AS141 de Mme Élise Leboucher, AS107 de M. Denis Fégné et AS490 de Mme Annie Vidal, les amendements identiques AS364 de Mme Catherine Hervieu et AS537 de M. Nicolas Tryzna ainsi que les amendements AS154 de M. Loïc Prud'homme, AS517 de Mme Anne Bergantz et AS518 de M. Jean-Carles Grelier **tombent**.*

*La commission **rejette** la deuxième partie du projet de loi.*

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*

La commission ***maintient*** *la suppression de l'article 18.*

Article 18 *bis* A (nouveau) : *Définition des conditions dans lesquelles les anciens assurés retrouvent leurs droits à l'assurance maladie après leur retour sur le territoire français*

La commission ***adopte*** *l'amendement de suppression AS579 de M. Thibault Bazin.*

En conséquence, l'article 18 bis *A est* ***supprimé****.*

Article 18 *bis* : *Subordination de la prise en charge des lentilles de contact à la télétransmission d'un acte de remise*

La commission ***maintient*** *la suppression de l'article 18* bis*.*

Article 18 *ter* A (nouveau) : *Restriction des conditions de justification de la résidence principale*

Amendements de suppression AS580 de M. Thibault Bazin, AS75 de M. Hadrien Clouet, AS119 de Mme Sandrine Runel, AS312 de Mme Karine Lebon et AS411 de M. Hendrik Davi

M. le rapporteur général. Contrairement aux autres amendements de suppression, le mien est d'abord motivé par des enjeux opérationnels et juridiques.

Le présent article risquerait de remettre en cause le principe d'inviolabilité et de libre choix du domicile, que le juge constitutionnel a maintes fois protégé. Une intervention du législateur en cette matière devrait donc être éclairée au préalable par un avis du Conseil d'État, ce qui n'est pas le cas de cet article.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS75 est défendu.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS119 est défendu.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS312 est défendu.

Les amendements sont ***adoptés****.*

En conséquence, l'article 18 ter *A est* ***supprimé****.*

Article 18 *ter* : *Expérimentation de la prise en charge des actes de prélèvements consécutifs aux sévices sexuels subis, sans exigence d'un dépôt de plainte*

La commission ***adopte*** *l'article 18* ter ***non modifié****.*

Article 18 *quater* : *Demande de rapport sur le forfait patient urgences*

Amendement AS219 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous nous opposons au forfait patient urgences (FPU), une participation forfaitaire des patients.

Actuellement, certains patients retournent mourir chez eux, alors même que de l'avis des médecins, ils devraient être hospitalisés.

La situation actuelle est ubuesque, injuste. Tout retombe sur ceux qui, parce qu'ils n'arrivent pas à obtenir de rendez-vous médical, laissent pourrir la situation. Arrêtons la plaisanterie !

M. le rapporteur général. Votre amendement ne vise pas à supprimer le FPU, mais la production d'un rapport sur celui-ci. Or un rapport ne changerait rien, d'autant que ce dispositif a déjà fait l'objet de plusieurs rapports – par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en septembre de cette année ; par la Cour des comptes, en novembre 2024.

Avis défavorable.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Elle ***maintient*** *la suppression de l'article 18* quater.

Après l'article 18 *quater*

Amendement AS567 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à déplacer l'ancien article 12 *sexies* dans la troisième partie du présent texte.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

Article 19 *: Prise en charge des prestations d'accompagnement préventif pour les assurés en risque de développer une affection de longue durée*

Amendements AS160 de Mme Élise Leboucher et AS314 de M. Yannick Monnet (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS160 est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *successivement les amendements.*

Amendements AS559 de M. Thibault Bazin et AS78 de Mme Élise Leboucher (discussion commune)

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à supprimer les deux phrases suivantes, insérées à cet article par le Sénat, concernant le parcours d'accompagnement préventif : « Ce parcours tient compte, le cas échéant, des recommandations de la Haute Autorité de santé relatives aux modalités de prévention et de prise en charge validées, qu'elles soient médicamenteuses ou non médicamenteuses. Le médecin traitant assure le suivi du parcours d'accompagnement préventif de ses patients. » En effet, la première phrase est incorrecte d'un point de vue grammatical et redondante avec la phrase précédente. La seconde est dépourvue de portée juridique et n'est pas applicable aux patients qui n'ont pas de médecin traitant.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous sommes d'accord : il serait inopérant d'imposer un suivi par le médecin traitant, alors qu'un nombre incroyable de patients n'en a pas.

La commission ***adopte*** *l'amendement AS559.*

En conséquence, l'amendement AS78 ***tombe****, de même que l'amendement AS313 de Mme Karine Lebon.*

La commission ***adopte*** *l'article 19* ***modifié****.*

Article 20 : *Simplifier et rendre plus efficiente la politique vaccinale*

Amendement de suppression AS336 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet article marque une nouvelle étape dans l'extension de l'obligation vaccinale. En première lecture, l'Assemblée nationale l'a rejeté ; les sénateurs l'ont rétabli. Je propose sa suppression, au nom du principe de liberté vaccinale des soignants.

M. le rapporteur général. Certains s'opposent par principe à l'obligation vaccinale – je respecte cette position, au nom de la liberté de conscience. Rappelons toutefois que l'obligation vaccinale a permis de faire disparaître des maladies graves et de faire chuter la mortalité infantile.

Le présent article ne vise pas seulement à rendre obligatoire la vaccination contre la grippe pour les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Il concerne également la rougeole, maladie dont on observe une résurgence extrêmement inquiétante, notamment pour les enfants les plus jeunes. Nous devons être au rendez-vous de cet enjeu de santé publique.

Ne supprimons pas cet article, au nom d'une opposition de principe. Nous pourrons l'amender.

Surtout, l'article est rédigé de telle manière que le champ de l'obligation vaccinale évoluera automatiquement en fonction des recommandations d'une autorité scientifique indépendante, la HAS, pour correspondre aux besoins de santé publics.

Certaines maladies, qui avaient disparu, resurgissent. Évitons, par excès d'individualisme, de porter atteinte aux autres. Nous devons la protection aux personnes les plus vulnérables. Les professionnels qui ont choisi de travailler auprès des enfants, notamment, se doivent de protéger ceux qui leur ont été confiés.

Avis défavorable.

M. Michel Lauzzana (EPR). Les soignants sont responsables vis-à-vis de ceux qu'ils soignent ! Un soignant, par principe, s'engage à ne pas transmettre de pathologies à ses patients, d'autant que pour une personne fragile, il n'est pas anodin de contracter la grippe. Les études le montrent suffisamment.

Oui, je respecte la liberté de conscience, mais pensons aussi à la liberté, pour les personnes âgées, de ne pas être contaminés par une maladie potentiellement mortelle.

M. Yannick Monnet (GDR). Les conséquences de certains vaccins ont été trop ignorées, y compris dans les études scientifiques. C'est ce qui explique la montée de l'opposition à la vaccination – que je ne partage pas, mais qui, elle non plus, ne peut être ignorée.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). La vaccination est nécessaire pour les personnes les plus fragiles. Toutefois, à partir du moment où cette information est diffusée sur tout le territoire, grâce à la politique de prévention, libre à chacun de décider s'il veut être vacciné ou non.

Et pensez à ceux pour qui les effets secondaires des vaccins sont si forts qu'ils les empêchent d'aller travailler. Comment ferez-vous, pour eux ?

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendements identiques AS130 de Mme Sandrine Runel et AS426 de Mme Camille Galliard-Minier, amendement AS436 de Mme Nicole Dubré-Chirat (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). Par l'amendement AS130, nous proposons de rétablir l'obligation vaccinale des résidents des Ehpad, supprimée par le Sénat. Cette obligation n'emporte pas de risque d'éviction des résidents, puisqu'elle n'est pas accompagnée de sanction.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Par l'amendement AS426, nous proposons également de rétablir l'obligation vaccinale des résidents en Ehpad. La grippe tue entre 10 000 et 15 000 personnes chaque année. Je ne vois pas pourquoi nous n'obligerions pas nos concitoyens à adopter cette protection nécessaire, dans un contexte d'augmentation du nombre de personnes vaccinées. En outre, la situation des personnes qui présentent des contre-indications et ne peuvent donc être vaccinées sera prise en compte. Quant à l'amendement AS436, il est de repli.

M. le rapporteur général. Quelque 82 % des résidents en Ehpad sont déjà vaccinés contre la grippe – les campagnes de vaccination contre ce virus sont très importantes. L'extension de l'obligation vaccinale proposée n'aurait donc pas d'impact massif.

Par ailleurs, la rédaction initiale de cet article prévoyait d'exclure du champ de l'obligation les personnes présentant des contre-indications pour des raisons de santé. Or vos amendements ne reprennent pas cette disposition – mais je pourrai les sous-amender, en séance publique, si vous les présentez de nouveau.

La grippe saisonnière entraîne chaque année 20 000 hospitalisations et 10 000 morts. Toutefois, j'entends également qu'il y a pu y avoir un souci avec d'autres vaccinations. Je m'en remets à la sagesse de la commission.

*La commission **adopte** les amendements identiques.*

*En conséquence, l'amendement AS436 **tombe**.*

Amendement AS423 de Mme Nicole Dubré-Chirat

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Il faut étendre la vaccination à tous les professionnels exerçant dans les mêmes lieux que les professionnels de santé libéraux, pour éviter qu'ils ne contaminent les patients les plus fragiles.

En France, les vaccins ne sont mis sur le marché qu'après avoir été dûment contrôlés. Je fais partie d'une génération où l'on risquait d'attraper le tétanos ou la tuberculose. Ces maladies sont désormais éradiquées grâce à la vaccination, car la vaccination protège très bien.

M. le rapporteur général. Si votre amendement était adopté, l'alinéa 11 de l'article deviendrait incompréhensible. Je vous propose que nous retravaillions sa rédaction ensemble, en vue de la séance publique.

Demande de retrait.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'amendement AS558 de M. Thibault Bazin **tombe**.*

*La commission **adopte** l'article 20 **modifié**.*

Article 20 *bis* : *Permettre aux médecins de détenir et conserver le vaccin contre la grippe saisonnière*

Amendements AS561 de M. Thibault Bazin et AS86 de M. Damien Maudet (discussion commune)

M. le rapporteur général. Il s'agit, là encore, de rétablir un article supprimé par le Sénat. En première lecture, l'Assemblée nationale avait adopté une disposition autorisant les médecins à détenir des vaccins contre la grippe saisonnière en vue d'une administration à leurs patients, selon des modalités définies par voie réglementaire.

Sur le plan technique, cette mesure présente cependant une certaine complexité, puisqu'il faudrait que les médecins avancent les frais pour acquérir un certain nombre de vaccins et qu'ils se mettent en mesure de les conserver dans des conditions conformes à la réglementation en vigueur. Il n'empêche qu'une telle disposition pourrait avoir un réel impact du point de vue de la prévention et de l'efficience, car un seul contact avec le système de soins permettrait de consulter le statut vaccinal du patient, de lui prescrire le vaccin et de le lui administrer. À mon sens, cette mesure mérite donc au moins d'être testée, et il me paraît opportun de le faire avec le vaccin contre la grippe saisonnière, car la question se pose chaque année.

Mon amendement diffère un peu de celui de M. Maudet. Il propose une insertion plus pertinente de cette disposition dans le code de la santé publique et tient compte du vote de l'article 20 en faisant référence non seulement aux recommandations, mais aussi aux obligations vaccinales. Mais il s'agit là de détails rédactionnels : j'invite donc les auteurs de l'amendement AS86 à se rallier à ma rédaction s'ils souhaitent redéposer un amendement en séance.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS86 est défendu.

*La commission **adopte** l'amendement AS561.*

*En conséquence, l'amendement AS86 **tombe** et l'article 20* bis *est **ainsi rétabli**.*

Article 20 *ter* : *Permettre à l'ensemble des médecins de détenir des vaccins dans leurs cabinets*

Amendements AS560 de M. Thibault Bazin, AS487 de Mme Annie Vidal et AS337 de Mme Joëlle Mélin

M. le rapporteur général. En première lecture, l'Assemblée nationale avait adopté un article 20 *ter* qui faisait un peu doublon avec l'article 20 *bis*, que nous venons de rétablir. En effet, il autorisait les médecins à détenir des vaccins – pas seulement celui contre la grippe saisonnière – sur leur lieu d'exercice pour les administrer aux patients qui en feraient la demande. Il a été supprimé par le Sénat,

qui a estimé que cette mesure aurait un impact négatif sur la chaîne économique et sanitaire des vaccins et viendrait fragiliser davantage les officines.

Nous devons approfondir ce sujet. Je propose donc de rétablir l'article 20 *ter*, mais sous la forme d'une expérimentation. Nous pourrions, dans un premier temps, autoriser seulement certains médecins volontaires, dans plusieurs territoires pilotes, à détenir des vaccins. Cela nous permettrait d'observer les organisations mises en place, l'impact de cette mesure sur les officines alentour et l'évolution de la couverture vaccinale des patients. Nous verrons alors si les craintes exprimées se vérifient ou si l'expérimentation mérite d'être pérennisée.

J'invite Mmes Vidal et Mélin à retirer leurs amendements, qui rétablissent l'article 20 *ter* dans sa rédaction initiale, et à se rallier au mien, qui permet d'atteindre une position d'équilibre.

Mme Annie Vidal (EPR). Nous allons retirer l'amendement AS487.

Mme Joëlle Mélin (RN). Le rapporteur général propose effectivement une solution d'équilibre, qui ouvre une possibilité technique d'améliorer la couverture vaccinale. La situation actuelle ne permet pas toujours une vaccination rapide, si bien que nous ratons des occasions de vacciner des patients qui le souhaitent. À l'inverse, les officines seront un peu lésées, car elles se verront privées d'une partie de leur activité. La solution intermédiaire préconisée par le rapporteur général me semble raisonnable ; nous allons donc nous aussi retirer notre amendement.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). La gestion par les médecins d'un stock de vaccins me semble tout de même assez compliquée. Non seulement il conviendra de respecter la chaîne du froid, mais il faudra également faire avec un éparpillement des stocks dans de nombreux endroits différents. L'année dernière, on a distribué trop de vaccins contre la grippe, car les gens se sont fait moins vacciner. Il y a donc un risque de perte de produits. Cette mesure ne constitue pas une économie, mais plutôt une charge financière non négligeable.

Mme Joëlle Mélin (RN). Dans la vraie vie, après que les patients ont retiré leur vaccin en officine, ils le placent à n'importe quel étage de leur frigidaire, entre les poireaux et les carottes, et ils attendent. Les conditions de conservation du vaccin, eu égard notamment au risque de rupture de la chaîne du froid, ne sont donc pas toujours respectées. Pourtant, la vaccination semble souvent fonctionner.

M. Michel Lauzzana (EPR). Quand, lors d'une consultation, un patient accepte la vaccination, il faut y procéder tout de suite, faute de quoi il risque d'y avoir une déperdition.

La commission ***adopte*** *l'amendement AS560, les amendements AS487 et AS337 ayant été* ***retirés****.*

En conséquence, l'article 20 ter *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 20 *quater* : *Application du tiers payant sur la part obligatoire du dispositif Mon soutien psy*

Amendement AS619 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. En première lecture, le Gouvernement avait donné son accord de principe à la généralisation du tiers payant sur la part d'assurance maladie obligatoire pour les séances de suivi avec un psychologue libéral dans le cadre du dispositif Mon soutien psy, tout en soulignant qu'il était techniquement impossible de mettre cette mesure en œuvre immédiatement, car les psychologues conventionnés ne sont pas équipés de logiciels adaptés ni de lecteurs de carte Vitale. Je propose donc de repousser l'entrée en vigueur de l'article 20 *quater* au 1er janvier 2027.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 20* quater ***modifié**.*

Article 20 *quinquies* : *Interdire la prise en charge de protections périodiques contenant des substances contaminantes ou toxiques*

Amendements AS338 de Mme Christine Loir et AS224 de Mme Ségolène Amiot (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous souhaitons rétablir l'interdiction des substances contaminantes et cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques ou perturbateurs avérés ou suspectés dans les protections périodiques réutilisables prises en charge par la sécurité sociale.

J'en profite pour rappeler que nous attendons toujours la publication d'un décret d'application afin que les femmes puissent enfin bénéficier de ce dispositif de lutte contre la précarité menstruelle.

M. le rapporteur général. Comme je l'ai expliqué en première lecture, le code de la sécurité sociale prévoit déjà un référencement des produits remboursables en fonction de leur composition chimique. L'article 20 *quinquies* étant satisfait par le droit existant, je ne souhaite pas revenir sur sa suppression.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Elle **maintient** la suppression de l'article 20* quinquies*.*

Article 20 *sexies* : *Prolonger de deux ans l'expérimentation des haltes soins addictions*

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement de suppression AS339 de M. Christophe Bentz.*

Amendements identiques AS93 de Mme Ségolène Amiot et AS315 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS315 est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *les amendements.*

Amendement AS412 de M. Hendrik Davi

M. Hendrik Davi (EcoS). L'amendement vise à modifier l'alinéa 9, relatif à l'évaluation de l'expérimentation des haltes soins addictions. En effet, le Sénat a souhaité mettre l'accent sur les aspects liés à la sécurité, aux nuisances et aux troubles à l'ordre public, en recourant à des termes stigmatisants, alors même que ces critères font déjà partie du cadre d'évaluation existant. Il n'empêche que l'évaluation doit être enrichie, car le contexte de consommation a évolué. Je pense notamment à la hausse des injections de cocaïne – un phénomène nouveau, qui n'était pas analysé jusqu'à présent. Or ce mode de consommation, plus fréquent et plus exigeant, modifie l'organisation des haltes et doit être documenté. Il s'agit d'éclairer le débat public ainsi qu'une éventuelle décision tendant à généraliser le dispositif.

M. le rapporteur général. Il est déjà prévu que le rapport d'évaluation contienne un certain nombre d'éléments relatifs à la santé publique. Le Sénat a voulu ajouter une analyse des retours des forces de l'ordre et des indicateurs liés aux nuisances perçues par les riverains. Le Gouvernement lui-même a reconnu, en première lecture, la nécessité d'une évaluation plus poussée – c'est d'ailleurs ce qui justifie la prolongation de l'expérimentation. Quant à vous, vous souhaitez que soit également étudiée l'évolution des modes de consommation. J'y suis défavorable, parce que nous parlons ici de produits illicites ayant de graves effets sur la santé des personnes concernées. Les haltes soins addictions visent à amoindrir les risques, mais nous ne devons pas perdre de vue l'objectif de limitation de la consommation. Nous avons longuement débattu de cette question en première lecture, et vous avez réussi à faire évoluer ma position, mais je ne pense pas qu'il faille compléter le rapport d'évaluation comme vous le souhaitez.

M. Yannick Monnet (GDR). Je ne comprends pas l'argumentation du rapporteur général. Si nous voulons mieux connaître et comprendre les nouveaux modes de consommation, c'est pour mieux les combattre. Cela permet d'adapter la politique de prévention et même le traitement des personnes dépendantes. Nous ne pouvons pas nous passer de ces connaissances, car il y a souvent un décalage entre les mesures mises en œuvre et les nouveaux modes de consommation.

M. le rapporteur général. J'entends ce que vous dites, monsieur Monnet, et je vous rejoins sur ce point : si nous connaissons mieux les nouveaux modes de consommation, nous pourrons mieux les combattre. Cependant l'amendement vise à remplacer l'analyse des retours des forces de l'ordre sur les nuisances, ajoutée par le Sénat afin d'assurer une évaluation complète du dispositif, par une analyse des

nouveaux modes de consommation. Cette dernière ne me gêne pas si elle vient en supplément, mais je ne veux pas que soient retirés les éléments apportés par le Sénat, qui me semblent nécessaires à une approche globale. J'invite donc les auteurs de l'amendement AS412 à le retirer et à le réécrire dans ce sens avant de le redéposer en séance.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). J'entends aussi ce que vous dites, monsieur le rapporteur général, mais nous discutons ici d'un PLFSS. Dans ce cadre, la question n'est pas de savoir si les haltes soins addictions suscitent des nuisances sonores ou des troubles à l'ordre public. Nous parlons de santé publique, et non des constats effectués ou des plaintes recueillies par les forces de l'ordre. Nous sommes membres de la commission des affaires sociales, et nous n'examinons pas un texte déposé par le ministère de l'intérieur. Retirons donc les mots ajoutés par le Sénat, qui n'ont rien à faire dans un PLFSS, et préoccupons-nous plutôt des nouveaux modes de consommation. Penchons-nous sur l'usage de la vapoteuse, sur l'utilisation de tampons imbibés de drogue comme suppositoires, sur l'emploi de collyres permettant d'ingérer la drogue par les yeux ou de sprays permettant de la faire passer par le nez. Il est très important de savoir à quoi les gens s'exposent afin de mieux détecter et combattre les addictions.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je crois que Mme Amiot n'a pas écouté ce qu'a dit le rapporteur général. Il ne nous appelle pas à choisir entre une analyse et une autre : il est favorable aux deux ! Nous sommes d'accord pour étudier les nouveaux modes de consommation, mais nous devons aussi nous préoccuper de l'acceptabilité de ces haltes soins addictions. Il ne faut pas se voiler la face : le dispositif souffre d'un manque d'acceptabilité. Si nous voulons y remédier, nous devons faire le diagnostic des problèmes posés par ces lieux et tenter de les résoudre.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Le Sénat a ajouté des éléments relatifs à la sécurité et aux nuisances. Or la question n'est pas là : les haltes soins addictions répondent à un enjeu de santé publique. Le problème doit être traité en tenant compte des évolutions de la consommation de drogues diverses et variées. L'ajout du Sénat n'a donc aucun intérêt.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Puis elle ***rejette*** *l'article 20* sexies*.*

Article 20 ***septies*** : *Étendre à une région ultramarine la prise en charge expérimentale par l'assurance maladie du test de détection de soumission chimique*

La commission ***adopte*** *l'article 20* septies ***non modifié****.*

Article 20 ***octies*** : *Demande de rapport sur le dispositif Mon soutien psy*

Amendement AS164 de Mme Élise Leboucher

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Il importe d'évaluer avec beaucoup de lucidité le dispositif Mon soutien psy, que nous avons déjà modifié à maintes reprises, et d'admettre qu'il ne fonctionne pas. Je vous invite donc à voter notre amendement afin de faire ensemble le constat de son absence d'efficience. De nombreux professionnels de santé partagent cette conviction – une tribune a encore été publiée cette semaine à ce sujet. Les crédits alloués à Mon soutien psy seraient bien mieux utilisés d'une autre manière ; ils permettraient par exemple de recruter jusqu'à 2 500 équivalents temps plein.

M. le rapporteur général. Nous disposons déjà de rapports et de chiffres, qui nous permettent de dire que ce dispositif commence en réalité à prendre de l'ampleur et à trouver son public. Il n'est certes pas parfait, mais ce n'est pas une demande de rapport qui va changer les choses.

Avis défavorable.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). La question de fond n'est pas tellement de savoir si le dispositif prend ou ne prend pas. Alors que de nombreuses personnes sont confrontées à des problèmes de santé mentale, nous manquons d'argent public et les choix faits dans le cadre de ce PLFSS ne vont pas dans le sens d'une augmentation des recettes. Or les crédits alloués à Mon Soutien psy, qui ne prévoit qu'un nombre de séances limité, permettraient de créer dans les centres médico-psychologiques 2 500 postes de psychologues, lesquels pourraient suivre des patients, notamment des enfants, pendant une ou deux années. Cela fait trois ans que je dénonce l'absurdité de cette situation. Nous ne pouvons pas faire autrement que de demander un rapport, mais nous appelons à utiliser les crédits de la sécurité sociale pour renforcer le service public et permettre un suivi sur le long terme. Je regrette vivement que nous ne parvenions pas à prendre une telle décision.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Elle ***maintient*** *la suppression de l'article 20* octies*.*

Article 20 ***nonies*** : *Demande de rapport sur la prise en charge des protections périodiques réutilisables*

Amendement AS225 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous demandons un rapport – parce que nous ne pouvons pas faire autre chose – dans le but d'élargir la prise en charge des protections hygiéniques à l'ensemble de la population qui en a besoin. L'achat de ces protections représente un budget de 3 000 à 8 000 euros sur toute la vie d'une personne. Cependant, le coût pour la sécurité sociale serait bien moindre, puisque la prise en charge que nous avons déjà votée concerne les seules protections hygiéniques réutilisables, donc durables.

M. le président Frédéric Valletoux. Il n'est peut-être pas nécessaire de rouvrir ce débat, que nous avons déjà eu en première lecture.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà voté cette mesure dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. En séance, la ministre a pris l'engagement de publier sans délai les textes réglementaires visant à permettre l'application de cette disposition.

Demande de retrait ou avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Elle **maintient** la suppression de l'article 20* nonies.

Article 20 *decies* : *Demande de rapport sur les parcours de santé post-cancer*

*La commission **maintient** la suppression de l'article 20* decies.

Article 20 *undecies* : *Demande de rapport sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie*

*La commission **maintient** la suppression de l'article 20* undecies.

Article 20 *duodecies* : *Demande de rapport sur le bilan de santé des mineurs entrant dans un dispositif de protection de l'enfance*

*La commission **maintient** la suppression de l'article 20* duodecies.

Article 21 *: Renforcer l'accès aux soins*

Amendements AS71 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle **rejette** amendement AS316 de M. Yannick Monnet.*

Amendement AS432 de M. Jean-François Rousset

M. Michel Lauzzana (EPR). Nous souhaitons réintroduire un alinéa, supprimé par le Sénat, visant à faire rémunérer les docteurs juniors en médecine générale par leur CHU de rattachement. Il s'agit d'inscrire dans la loi un accord trouvé à l'issue de longues négociations.

M. le rapporteur général. Ce sont les internes eux-mêmes qui ont demandé la suppression de cette précision. Leur position a évolué : ils préfèrent désormais qu'une telle considération ne soit pas gravée dans le marbre de la loi.

En revanche, le Sénat a maintenu les dispositions relatives aux modalités de facturation des consultations effectuées par ces docteurs juniors. Le principal problème est ainsi réglé.

Du reste, il semblerait que le Gouvernement ait encore l'intention de retoucher ces dispositions. J'espère qu'il nous transmettra son projet d'amendement le plus tôt possible.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

L'amendement est ***retiré****.*

Amendement AS137 de Mme Sandrine Runel

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *l'amendement.*

Amendement AS588 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je propose de permettre à la fois l'ouverture d'une antenne de pharmacie, comme le prévoit le Sénat, et la création d'une officine dans les communes de moins de 2 500 habitants où la dernière officine a fermé. En effet, je ne veux pas empêcher la création d'une officine si les conditions locales évoluent – par exemple si des médecins s'installent à proximité.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

Amendements identiques AS74 de Mme Ségolène Amiot et AS317 de Mme Karine Lebon

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous souhaitons préciser le caractère public ou non lucratif des structures de soins non programmés.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS317 est défendu.

M. le rapporteur général. Comme je l'ai déjà expliqué en première lecture, la plupart de ces structures sont libérales, donc de droit privé. Elles sont d'ailleurs souvent constituées sous forme de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, et c'est cela qui fonctionne !

Avis défavorable.

La commission ***rejette*** *les amendements.*

Amendements AS81 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *l'amendement.*

Amendement AS216 de Mme Élise Leboucher

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***adopte*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 21* ***modifié****.*

Article 21 ***bis*** **A (nouveau)** *: Extension à Mayotte de la possibilité pour les infirmiers de rédiger des certificats de décès*

La commission ***adopte*** *l'article 21* bis *A* ***non modifié****.*

Article 21 ***bis*** **B (nouveau)** *: Modalités de recouvrement des indus versés aux professionnels de santé libéraux par les centres médico-psychologiques*

La commission ***adopte*** *l'article 21* bis *B* ***non modifié****.*

Article 21 ***bis*** : *Création du réseau France santé et prise en charge de certaines situations cliniques par les pharmaciens*

Amendement AS540 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). Nous avions introduit, en première lecture, cet article 21 *bis* relatif au réseau France santé pour répondre à l'annonce faite par le Premier ministre. Or le Sénat a supprimé ou modifié un certain nombre de ses dispositions ; aussi avons-nous déposé plusieurs amendements visant à réécrire l'article.

L'amendement AS540 a pour objet de supprimer, aux alinéas 8 et 16, les mots « ainsi qu'à l'orientation du patient dans le parcours de soins ». C'est une demande très forte des professionnels que de limiter l'accès au réseau France santé aux patients dont l'état de santé requiert une prise en charge dans les quarante-huit heures. Le réseau ne doit pas être chargé de l'orientation des patients.

M. le rapporteur général. Vous oubliez les pharmaciens, qui sont pourtant des acteurs essentiels du système de santé. Or votre amendement aurait pour effet de supprimer la reconnaissance du rôle que remplissent ces professionnels dans l'orientation des patients au sein du parcours de soins. Ce rôle me semble évident, et je ne vois pas de bonne raison de vouloir le nier.

Avis défavorable.

L'amendement est ***retiré****.*

Amendements identiques AS592 de M. Thibault Bazin et AS485 de Mme Annie Vidal

M. le rapporteur général. Mme Vidal et moi-même proposons de rétablir les dispositions de l'article 21 *bis* relatives aux maisons France santé. La procédure

de labellisation annoncée peut avoir un impact positif dans les territoires ; elle apportera de nouveaux financements dont il serait dommage de vouloir se priver.

J'ai tout de même quelques réserves s'agissant des annonces faites à ce sujet. Je serai très attentif aux critères fixés pour la labellisation, qui doit profiter aux territoires et aux acteurs qui en ont le plus besoin. Par ailleurs, je ne souhaite pas revenir sur la suppression, par le Sénat, des dispositions relatives aux communautés France santé, auxquelles il convient de continuer de donner le nom de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces structures ont eu suffisamment de mal à trouver leur place pour que nous évitions de tout chambouler.

Mme Annie Vidal (EPR). Je partage avec M. le rapporteur général la volonté de garder le nom des CPTS. Cela ne les empêchera pas de participer au réseau France santé.

*La commission **adopte** les amendements.*

Amendements AS593 et M. Thibault Bazin et AS541 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

M. le rapporteur général. Mon amendement vise à rétablir les dispositions renvoyant à des négociations conventionnelles avec les maisons et centres de santé la détermination des modalités de participation de ces structures au réseau France santé. De la même façon, il supprime une disposition qui permet au ministre de prendre une décision unilatérale en l'absence d'accord trouvé par les partenaires conventionnels dans un délai de deux mois – une disposition qui tend à devenir habituelle dans les textes que nous présente le Gouvernement. Nos échanges avec la fédération des CPTS ont montré qu'il fallait éviter d'utiliser ce type de méthode, surtout si l'on veut préserver la qualité du dialogue conventionnel.

La seule différence entre mon amendement et celui de Mme Vidal est que le mien intègre les CPTS dans les négociations. Autant je ne veux pas les transformer en communautés France santé, autant je trouve utile de les associer aux discussions sur le déploiement du réseau, car elles auront évidemment un rôle à jouer. J'invite donc Mme Vidal à retirer son amendement au profit du mien.

Mme Annie Vidal. Je vais retirer mon amendement.

M. Hendrik Davi (EcoS). Pour une fois le groupe Écologiste et Social s'appuiera sur le jugement des sénateurs, lesquels ont estimé qu'un processus de labellisation de l'existant ne permettait pas d'améliorer l'offre de soins dans les territoires. Ils ont également jugé que l'absence de définition de l'offre de services socle créait une incertitude et risquait d'engendrer une concurrence entre les acteurs éligibles au label, et que la suppression de cette disposition n'empêchait pas le Gouvernement de maintenir son engagement financier en faveur de l'amélioration de l'offre de soins dans les territoires en soutenant les structures existantes – notamment les centres de santé publique et les centres de santé

associatifs, qui disposent déjà de financements récurrents. Nous voterons contre l'introduction du réseau France santé.

La commission ***adopte*** *l'amendement AS593, l'amendement AS541 ayant été* ***retiré****.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 21* bis ***modifié****.*

Article 21 ***ter*** : *Création d'une consultation longue pour les femmes sujettes à la ménopause*

La commission ***adopte*** *l'article 21* ter ***non modifié****.*

Article 21 ***quater*** : *Supprimer le contrat de début d'exercice*

Amendements AS139 de Mme Sandrine Runel et AS594 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS139 vise à soutenir la démarche du député Jean-François Rousset et à avancer l'entrée en vigueur de la suppression du contrat de début d'exercice.

M. le rapporteur général. L'amendement AS594 est à l'opposé du précédent, auquel je suis défavorable. Parmi tous les dispositifs d'aide qui existent, le contrat de début d'exercice est le seul qui bénéficie aux médecins remplaçants. La Cnam m'a indiqué ne pas avoir de dispositif alternatif. Je vous propose donc de différer son abrogation dans l'attente de la future convention médicale et d'un nouveau dispositif, plus efficace et plus pertinent, pour soutenir les médecins remplaçants, dont nous avons cruellement besoin. Cela permettra d'éviter toute rupture pour les quelques centaines de médecins qui en bénéficient actuellement.

Successivement, la commission ***rejette*** *l'amendement AS139 et* ***adopte*** *l'amendement AS594.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 21* quater ***modifié****.*

Article 21 ***quinquies*** : *Prise en charge de parcours de guidance parentale*

La commission ***adopte*** *l'article 21* quinquies ***non modifié****.*

Article 21 ***sexies*** : *Élargissement du pouvoir de prescription des orthoprothésistes, podo-orthésistes et orthopédistes-orthésistes*

La commission ***adopte*** *l'article 21* sexies ***non modifié****.*

Article 21 ***septies*** **A (nouveau)** : *Consultation des ergothérapeutes sur adressage dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle*

Amendement AS595 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'article 21 *septies* A permet un adressage direct aux ergothérapeutes dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle, ce qui permettra d'améliorer l'accès aux ergothérapeutes pour les patients – notamment ceux en situation de handicap. En conséquence, l'article supprime le droit de renouvellement des prescriptions médicales d'actes d'ergothérapie actuellement prévu par le code, considérant que les patients pourront accéder directement à l'ergothérapeute. Cette interprétation est toutefois un peu extensive : il est nécessaire de conserver le droit de renouvellement dont les ergothérapeutes disposent déjà, ce qui est l'objet de cet amendement.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 21* septies *A* ***modifié****.*

Article 21 ***septies*** : *Mise en place d'une autorisation préalable pour la pratique de la médecine esthétique*

La commission ***adopte*** *l'article 21* septies ***non modifié****.*

Article 21 ***octies*** : *Permettre la délégation de tâches encadrée aux auxiliaires médicaux du service de contrôle de la Mutualité sociale agricole*

La commission ***adopte*** *l'article 21* octies ***non modifié****.*

Article 21 ***nonies*** : *Prolonger le délai de remise du rapport sur les infirmiers et le compléter*

Amendement AS167 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement vise à évaluer l'opportunité d'une indexation automatique des actes infirmiers, qui méritent d'être revalorisés à hauteur de l'inflation.

M. le rapporteur général. Le rapport prévu porte déjà sur la revalorisation des actes infirmiers. Je considère donc que votre demande est satisfaite et vous invite à retirer votre amendement ; à défaut, avis défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Une négociation sur la déclinaison des missions et des actes est déjà prévue par la loi : ces actes doivent être valorisés, pour être ensuite systématiquement intégrés aux conventions, tous les deux ou trois ans. Il ne me semble pas utile de réécrire la loi.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 21* nonies ***modifié****.*

Article 21 ***decies*** : *Expérimentation d'une équipe de soins traitante*

La commission ***maintient*** *la suppression de l'article 21* decies.

Article 22 *: Simplifier et sécuriser le financement des établissements de santé*

La commission ***adopte*** *l'article 22* ***non modifié****.*

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

Amendement de suppression AS596 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'article 22 *bis* A part d'une bonne intention puisqu'il vise à proposer une solution aux établissements mis en difficulté par la publication tardive des tarifs hospitaliers annuels, souvent plusieurs semaines après la date à laquelle ils sont censés prendre effet.

Le Gouvernement m'a cependant alerté sur le fait qu'il serait bien trop complexe, pour les établissements, de procéder à des régularisations de la facturation *a posteriori* si l'on continue à facturer en fonction des anciens tarifs. Il a par ailleurs pris l'engagement en séance, au Sénat, d'une publication plus précoce des tarifs à compter de 2026.

Enfin, dans sa rédaction actuelle, l'article 22 *bis* A ne prend pas en compte le nouveau calendrier prévu pour les campagnes tarifaires hospitalières à compter de 2026 : les nouveaux tarifs devraient être applicables au 1er janvier, et non au 1er mars.

Je vous demande donc de supprimer l'article 22 *bis* A, qui serait une source de problèmes plutôt qu'une aide pour les établissements.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

En conséquence, l'article 22 bis *A est* ***supprimé****.*

Article 22 ***bis*** : *Interdire la double facturation des actes de radiothérapie effectués dans le cadre d'une activité libérale à l'hôpital*

Amendement AS64 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement de rétablissement permettra de réaliser des économies.

M. le rapporteur général. Soyons cohérents : ce sont les hôpitaux qui paieront le prix qui résultera du rétablissement de cet article, non les spécialistes, qui peuvent exercer où ils veulent. Pour mémoire, l'article 22 *bis* vise à interdire la facturation de séjours hospitaliers pour l'activité de traitement du cancer par radiothérapie, dès lors que celle-ci est effectuée dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier.

Je l'ai dit en première lecture, des clarifications sont à l'évidence nécessaires sur l'activité libérale des praticiens hospitaliers. On ne peut pas remettre en question le modèle de facturation actuel du jour au lendemain sans déstabiliser les hôpitaux, dont nous déplorons tous les difficultés budgétaires, dans un contexte d'Ondam sous-évalué.

Pour ne pas porter préjudice aux hôpitaux, je vous invite à retirer votre amendement ; sinon, avis défavorable.

L'amendement est ***adopté****.*

En conséquence, l'article 22 bis *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 22 ***ter*** : *Éviter la double facturation des actes effectués dans le cadre d'une activité libérale à l'hôpital*

Amendements identiques AS61 de Mme Ségolène Amiot et AS486 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). Mon amendement vise à supprimer la double facturation, qui pose problème. En effet, un praticien hospitalier exerçant une activité libérale facture ses honoraires directement à l'assurance maladie, comme tout médecin libéral. Parallèlement, l'établissement hospitalier facture un séjour dont le tarif inclut déjà la rémunération du personnel médical. Il est ainsi possible de réaliser 300 millions d'euros d'économies.

M. le rapporteur général. Le raisonnement est le même que pour l'article précédent. L'article 22 *ter* vise à empêcher le phénomène de double facturation du praticien hospitalier par l'assurance maladie lorsqu'il pratique une activité libérale au sein de l'hôpital. J'ai déjà expliqué les raisons pour lesquelles je m'oppose au rétablissement de cet article.

Avis défavorable.

Les amendements sont ***adoptés****.*

En conséquence, l'article 22 ter *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 23 : *Reporter le financement de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière*

Amendements de suppression AS55 de Mme Sandrine Rousseau, AS169 de Mme Élise Leboucher et AS340 M. Christophe Bentz

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS169 est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *les amendements.*

Amendement AS347 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *l'amendement.*

Amendement AS345 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement est défendu.

M. le rapporteur général. L'enjeu de la compensation du coût de la protection sociale complémentaire aux hôpitaux est essentiel. Cet amendement vise à compléter l'article 23 par un ajout – « en complément des négociations nécessaires à la mise en œuvre d'une complémentaire santé adaptée au besoin de la fonction publique hospitalière, afin de permettre une compensation intégrale du déploiement de cette mesure » – tout à fait pertinent.

Avis favorable.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 23* ***modifié****.*

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

Amendements identiques AS50 de M. Hadrien Clouet et AS143 de Mme Sandrine Runel

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS50 vise à rétablir le pouvoir de baisse des tarifs de l'assurance maladie concernant les secteurs de l'offre de soins à forte rente, pour les équipements matériels lourds.

Mme Martine Froger (SOC). L'amendement AS143 vise à rétablir la capacité de l'assurance maladie à fixer les tarifs des équipements matériels lourds.

M. le rapporteur général. Ces amendements présentent un problème de méthode : le rabot uniforme ne discrimine pas, mais affecte tout le monde – les petits cabinets en zone rurale, avec une rentabilité de 2 %, les hôpitaux, les groupements de coopération sanitaire, les groupements d'intérêt économique constitués entre la ville et l'hôpital, pour maintenir une offre de soins dans les territoires peu attractifs.

Avis défavorable.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

Amendements AS146 de Mme Sandrine Runel, AS253 de M. Hadrien Clouet et AS248 de Mme Sandrine Rousseau (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS146 est défendu.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Dans le même ordre d'idées, l'amendement AS253 cible la rentabilité excessive, pour que certains arrêtent de s'enrichir sur le dos de la sécurité sociale et des cotisants.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *successivement les amendements.*

Amendements identiques AS256 de Mme Sandrine Runel et AS257 de Mme Sandrine Rousseau

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS256 vise à faire des économies, en encadrant mieux l'Ondam des soins de ville.

M. le rapporteur général. Des économies faites avec intelligence et discernement sont effectivement bienvenues, comme la suppression de la prise en charge d'actes redondants ou inutiles. Cependant je ne suis pas favorable à une baisse de tarifs uniforme, y compris pour des acteurs dont la rentabilité est très faible, voire inexistante. La méthode n'est pas la bonne : il faut prendre en considération tous les acteurs, dans leur diversité.

Ces amendements me semblent toutefois essentiellement rédactionnels. Vous voulez préciser que les modalités de détermination du niveau de rentabilité établies valent « pour l'application du présent article ». Je n'ai rien contre cette précision, même si je ne suis pas sûr qu'elle corresponde à votre intention initiale. Cela résulte sans doute de la scission de l'un de vos amendements, qui touchait plusieurs alinéas.

Quoi qu'il en soit je vais donc peut-être vous surprendre : avis favorable.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle ***rejette*** *l'amendement AS258 de Mme Sandrine Rousseau.*

Amendement AS254 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Cet amendement vise à rétablir la capacité de l'assurance maladie à baisser les tarifs manifestement trop élevés. Ceux-ci résultent de situations de monopole ou de rente. Lorsque seuls un ou deux acteurs sont en capacité de rendre un service ou d'effectuer une prestation sur un territoire ils augmentent les prix, creusant un écart anormal entre le coût de production et le tarif de l'acte. L'assurance maladie doit pouvoir baisser les tarifs de manière discrétionnaire et publique, dans des secteurs tels que la radiothérapie, dont le taux de profit est de 27 % – très au-dessus de la moyenne des autres secteurs –, la biologie – 24 % –, la médecine nucléaire – 17 %.

M. le rapporteur général. La prise en compte de la spécificité des territoires est une bonne chose : si la financiarisation a joué à plein chez certains acteurs, d'autres peinent à trouver un équilibre économique. Votre propos ne

correspond pas à l'amendement que j'ai sous les yeux, dont les objectifs – la prise en compte du droit à la protection de la santé et la garantie de l'égal accès aux soins de chaque personne – sont louables. L'enjeu est cependant de tenir compte des spécificités des territoires de santé.

Demande de retrait ; sinon, avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le sujet est de savoir comment évaluer la rentabilité des acteurs de santé. Aux termes du code de la santé publique, cette évaluation se fait en fonction des spécificités des territoires de santé. L'amendement, lui, vise à ce qu'elle se fasse en fonction de l'objectif de garantie d'un « égal accès de chaque personne aux soins », notion qui intègre aussi les territoires.

M. le rapporteur général. Nous parlons de deux choses différentes. Je vous invite à retirer votre amendement pour que nous en débattions en séance.

L'amendement est ***retiré****.*

Amendements identiques AS59 de Mme Élise Leboucher et AS413 de M. Hendrik Davi

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement AS59 est défendu.

M. Hendrik Davi (EcoS). Mon amendement vise à annuler le report de l'application de l'article 24 proposé par le Sénat. Les rentes sur la dialyse et la radiothérapie sont déjà réalisées aux dépens du financement de notre système de santé. Les évolutions tarifaires sont néanmoins négociées de manière dynamique, pour éviter des distorsions tarifaires redoutées par le Sénat. Les délais prévus par le Gouvernement, avec de premières mesures dès 2026, sont donc réalistes et tenables. Il n'y a aucune raison de les reporter.

M. le rapporteur général. Je souhaite avancer très vite sur la réforme du financement de la radiothérapie, tout comme le Gouvernement. Cette mesure avait été votée et devait entrer en vigueur le 1er octobre 2025. Les auditions préparatoires ont cependant montré qu'il fallait reporter, en raison d'une préparation insuffisante d'acteurs tels que la Fédération hospitalière de France. L'application à blanc du nouveau modèle, au premier semestre, a montré sa difficulté à retranscrire l'activité des établissements. Si nous allons trop vite, cela risque de se retourner contre l'intérêt des établissements.

Avis défavorable.

La commission ***rejette*** *les amendements.*

Amendements AS542 de M. Hendrik Davi et AS616 de M. Thibault Bazin, amendements identiques AS67 de Mme Sandrine Rousseau et AS260 de Mme Élise Leboucher (discussion commune)

M. le rapporteur général. L'amendement AS616 vise à rétablir un objectif de 100 millions d'euros d'économies sur la radiothérapie, au regard des niveaux de rémunération très importants observés dans ce secteur. Il reviendra aux professionnels eux-mêmes de déterminer comment y parvenir.

Mme Sandrine Rousseau. L'amendement AS67 vise à ce que le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage des négociations conventionnelles dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la loi.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement AS260 vise à revenir sur le report de l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification des activités de radiothérapie et de dialyse. L'économie attendue s'élève à 100 millions d'euros, soit une légère réduction du taux de profit dans le secteur, comprise entre 1,5 et 2 points. Cela est profitable aux usagers – qui éviteraient d'être baladés d'un acteur à un autre –, à l'hôpital public – qui n'a pas à subir de concurrence déloyale sur sa tarification –, aux professions libérales – en atténuant la pression de la financiarisation générée par les taux de profit – et à la sécurité sociale – qui pourrait redéployer un montant important de cotisations pour l'ensemble des besoins non satisfaits.

M. le rapporteur général. Je vous invite à retirer vos amendements au profit du mien. Certaines des dispositions que les amendements AS67 et AS260 visent à rétablir sont imprécises et source d'incertitude sur le plan juridique. Surtout, elles font référence à la dialyse, qui n'est pas mise en œuvre par les néphrologues mais par les établissements de santé. L'adoption de ces amendements serait source de difficultés et de confusion pour les néphrologues.

Successivement, la commission ***rejette*** *l'amendement AS542 et* ***adopte*** *l'amendement AS616.*

En conséquence, les amendements AS67 et AS260 ***tombent****.*

La commission ***adopte*** *l'article 24* ***modifié****.*

Article 24 ***bis*** : *Réduction d'autorité du tarif des actes et prestations dégageant une rentabilité supérieure à un seuil*

Amendements identiques AS147 de Mme Sandrine Runel et AS373 de Mme Karine Lebon.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS147 est défendu.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS373 est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *les amendements.*

Elle ***maintient*** *la suppression de l'article 24* bis*.*

Article 25 : *Mieux réguler les dépenses dans le secteur des soins dentaires*

Amendements identiques AS150 de Mme Sandrine Runel et AS220 de Mme Ségolène Amiot, amendement AS352 de Mme Karine Lebon (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS150 vise à rétablir l'article 25, qui prévoit l'extension des accords de maîtrise des dépenses aux soins dentaires.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement AS220 vise à étendre aux soins dentaires le champ d'application de la dernière loi de financement de la sécurité sociale et à fixer un cadre légal aux différents protocoles sectoriels de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. L'objectif est d'obtenir des accords à l'échelon national entre praticiens et assurance maladie ; les négociations doivent être précédées d'une bonne information des organisations représentatives des professionnels de santé. Bref, on baisse les prix.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS352 est défendu.

M. le rapporteur général. Les auditions préparatoires m'ont surpris car le directeur général de la Cnam, à qui cet article donne tout pouvoir, a déclaré n'avoir pas demandé cet article, qui ne lui est pas nécessaire et qu'il n'utilisera donc pas. Ainsi, la Cnam est parvenue à conclure un protocole d'accord avec les chirurgiens-dentistes : il a permis de remettre l'accent sur la prévention et sur les soins conservateurs, dans un contexte où les dépenses de soins prothétiques avaient beaucoup augmenté. Depuis la conclusion de cet accord, les dépenses de prothèses ont nettement ralenti. De plus, la Cnam, par le levier du déconventionnement, parvient à écarter des acteurs dont les pratiques ne sont pas déontologiques. Je vous demande donc de confirmer la suppression de l'article 25, dont je ne vois pas l'intérêt.

Je suis défavorable à ces amendements.

M. Hendrik Davi (EcoS). Je soutiens ces amendements. Vous avez refusé d'instaurer de nouvelles recettes en augmentant la taxation des revenus du capital et les cotisations sociales des grandes entreprises. Vous refusez maintenant de diminuer les dépenses en vous attaquant aux profits des multinationales du médicament. Vous refusez de vous attaquer aux profits et aux rentes des secteurs de la dialyse, de la radiologie et dans les cabinets dentaires. En fin de compte, ce sont les malades et les retraités qui paieront.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je souscris à ces propos. Cet outil, qui n'est peut-être pas le seul, pourrait devenir nécessaire même s'il ne l'est pas encore. Quant à l'actuel directeur général de la Cnam, il a beau déclarer qu'il ne l'utiliserait pas, il fera ce qu'on lui dit de faire. Au reste, les responsables changent : imaginez un grand mouvement révolutionnaire qui vous porte à la tête de la Cnam, monsieur

le rapporteur général ; vous serez peut-être bien content de disposer d'un tel instrument si les prix augmentent.

Nous devons nous doter des outils nécessaires pour appliquer les politiques publiques voulues par les Françaises et les Français. Celui-ci pourrait se révéler utile s'ils décidaient d'adopter une politique un peu plus ferme sur le sujet qui nous occupe. Mieux vaut l'avoir, quitte à ne pas l'utiliser pour le moment. Qui sait si nous n'en aurons pas besoin dans les années à venir ?

M. le rapporteur général. Si votre rêve le plus fou est que je devienne révolutionnaire, monsieur Clouet, vous allez être déçu !

Monsieur Davi, je ne partage pas votre lecture de la situation. Vous ne pouvez pas dire que nous avons refusé de trouver de nouvelles recettes : la commission a rétabli la contribution sociale généralisée sur les revenus du patrimoine, qui devrait rapporter 2,8 milliards d'euros – j'y étais d'ailleurs opposé. Contrairement à ce que vous dites, ce ne sont pas les patients qui paieront, puisque nous avons également maintenu la suppression de l'article 18, qui visait à étendre les participations forfaitaires et franchises, notamment pour les dispositifs médicaux et les transports.

Le texte n'est plus le « musée des horreurs », ni le « hold-up du siècle » que certains décrivaient : on peut toujours dramatiser, mais un certain nombre d'irritants ont été supprimés, de manière très consensuelle, quitte à détériorer le déficit prévisionnel. Des recettes ont été créées, même si ce n'est pas celles que je souhaitais. Quant aux dépenses, tout ce que nous avons adopté depuis ce matin, et plus encore depuis l'article 18, me semble plutôt protéger les patients et les assurés sociaux – tâchons de continuer.

L'amendement AS352 est ***retiré****.*

La commission ***rejette*** *les amendements AS150 et AS220.*

Elle ***maintient*** *la suppression de l'article 25.*

Article 25 ***bis*** : *Prévoir une régulation prix-volume de l'ophtalmologie et des soins dentaires*

La commission ***maintient*** *la suppression de l'article 25* bis*.*

Article 26 *: Renforcer les incitations au conventionnement des professionnels de santé et à la maîtrise des dépassements d'honoraires*

Amendements AS153 de Mme Sandrine Runel, AS85 et AS84 de Mme Sandrine Rousseau (discussion commune)

Mme Martine Froger (SOC). L'amendement AS153 vise à rétablir l'article 26, qui tend à renforcer le contrôle et l'encadrement des dépassements d'honoraires pratiqués par certains professionnels de santé.

M. le rapporteur général. Je serai bref, car nous avons déjà longuement débattu de ce sujet en séance.

Le dispositif proposé par le Gouvernement me semble contre-productif ; peut-être pris de doutes sur sa propre proposition, celui-ci n'a d'ailleurs pas cherché à réintroduire, au Sénat, cet article qui ne prévoit aucune distinction, ni entre les spécialités, ni entre les professionnels : ceux qui jouent le jeu de la permanence des soins et adhèrent aux tarifs maîtrisés seraient aussi pénalisés que ceux qui ne sont pas conventionnés. Il n'y a pas mieux pour inciter au déconventionnement.

Je vous invite à retirer ces amendements ; à défaut, avis défavorable.

La commission ***rejette*** *successivement les amendements.*

Elle ***maintient*** *la suppression de l'article 26.*

Article 26 ***bis*** : *Mettre fin au remboursement des produits de santé, actes et prestations prescrits par un médecin non conventionné*

Amendements identiques AS356 de M. Yannick Monnet et AS433 de M. Jean-François Rousset

M. Yannick Monnet (GDR). Ces amendements traduisent l'une des conclusions du rapport sur les dépassements d'honoraires que j'ai rédigé avec Jean-François Rousset. Le principe est simple : un médecin qui choisit de pratiquer en secteur 3 ne doit plus pouvoir faire bénéficier ses patients des remboursements de la sécurité sociale sur les actes et prestations qu'il leur prescrit. Les dépassements d'honoraires se sont élevés à près de 4,5 milliards d'euros en 2024. Pour éviter que les médecins ne fuient vers le secteur 3, les remboursements de la sécurité sociale doivent s'inscrire dans le cadre d'un contrat Option de pratique tarifaire maîtrisée, c'est-à-dire se limiter aux dépassements autorisés pour le secteur 2. Nous ne proposons pas de supprimer le secteur 3, car certains professionnels nous demandent de maintenir la liberté tarifaire, mais il ne nous semble pas acceptable que certains puissent à la fois mobiliser les moyens de la sécurité sociale et choisir librement leurs tarifs. On ne peut pas puiser dans les fonds de la « sécu » si on en refuse les règles.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je défends l'amendement AS433.

Cet article ne risque-t-il pas d'être censuré au motif d'une rupture d'égalité ?

M. le rapporteur général. La question de la constitutionnalité concerne tous les articles. Lorsqu'il existe un risque bien identifié sur un sujet, je le mentionne ; ce n'est pas le cas ici.

Un peu moins de 1 000 médecins pratiquent en secteur 3 et ne jouent donc pas le jeu du conventionnement. Alors que nous cherchons à mieux maîtriser les dépenses de santé et que nous renforçons les contraintes sur les professionnels conventionnés, ne prenons pas le risque de les inciter à exercer en secteur 3.

Je rappelle que cet article, introduit par voie d'amendement, est directement issu de votre rapport – je n'y avais apporté qu'une correction mineure, par la voie d'un sous-amendement visant à exclure du dispositif les médecins à la retraite qui rédigeraient une prescription pour eux-mêmes ou leurs proches.

Reste le cas des patients dont le professionnel de santé exerce en secteur 3, et qui n'ont pas d'autre solution – comme vous, j'ai été interpellé sur le sujet. Il faut faciliter et accélérer le reconventionnement rapide des médecins – à l'exception, bien sûr, de ceux qui auraient été déconventionnés pour des raisons déontologiques. Or la convention médicale prévoit un délai de deux ans, qui me semble préjudiciable. J'ai tenté de le modifier en première lecture, mais l'amendement que j'ai déposé a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40. Il faut absolument que le Gouvernement et la Cnam avancent sur ce sujet – nous y insisterons en séance. Cet article doit être accompagné d'autres mesures pour ne pas pénaliser les patients, qui sont un peu pris en otage.

Sagesse, donc.

M. Yannick Monnet (GDR). Je sens que ce sujet est source de crispation. Certains écrivent des courriels sans avoir lu le rapport – c'est un problème –, mais des médecins nous disent aussi qu'il faut clarifier la situation.

Si certains patients n'ont pas accès à un médecin conventionné et six Français sur dix renoncent à se soigner aujourd'hui, c'est parce qu'on a toujours privilégié une organisation libérale, où chacun fait ce qu'il veut. Faute de fixer des conditions comme celles que je propose, cette dynamique va progresser. L'objectif n'est pas d'embêter ceux qui ont choisi d'exercer en secteur 3 – je ne m'inquiète pas pour eux –, mais d'éviter la fuite vers un secteur où il serait toujours possible de mobiliser la sécurité sociale. Il ne s'agit pas d'une mesure isolée : cette proposition s'inscrit dans un ensemble.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 26 bis *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 26 ***ter*** : *Prévoir une procédure assouplie et accélérée de révision de la nomenclature*

Amendements identiques AS620 de M. Thibault Bazin et AS434 de M. Jean-François Rousset

M. le rapporteur général. Mon amendement vise à rétablir l'article 26 *ter*, qui prévoit notamment une révision régulière des nomenclatures. Considérant que les travaux de révision du Haut Conseil des nomenclatures étaient sur le point d'aboutir, le Gouvernement s'est montré favorable à la suppression de l'article au Sénat. Mais à peine aura-t-il fini qu'il sera déjà temps de recommencer.

Pour éviter que des distorsions perdurent, il faut une procédure dérogatoire et plus agile en cas de décalage manifeste entre la hiérarchisation d'un acte et son coût – ou sa valeur ajoutée réelle – pour le patient. Aucun des arguments avancés ne m'a permis de comprendre en quoi c'était une mauvaise idée. Je vous propose donc d'insister et de rétablir cet article.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je défends l'amendement AS434. Il est effectivement absolument nécessaire de rétablir une procédure de révision régulière de la classification commune des actes médicaux.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 26 ter *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 26 ***quater*** : *Permettre à l'assurance maladie de déterminer le tarif d'un acte ou d'une prestation nouvellement hiérarchisée lorsque la négociation n'a pas abouti dans les six mois*

Amendements identiques AS353 de M. Yannick Monnet et AS435 de M. Jean-François Rousset

M. Michel Lauzzana (EPR). Par l'amendement AS435, il s'agit, là encore, de prévoir la révision des nomenclatures et des financements qui en découlent, certains justifiant les dépassements d'honoraires en secteur 2 par l'absence de mise à jour de la classification.

M. le rapporteur général. Ces amendements sont satisfaits par le rétablissement de l'article 26 *ter*. Je vous demande donc de bien vouloir les retirer ; à défaut, avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR). Réviser la nomenclature est indispensable, car certains tarifs sont absurdes : il arrive que des actes coûteux soient très peu rémunérés. J'ai tendance à considérer que la majorité des médecins sont des praticiens honnêtes et soucieux de soigner les patients : ils seraient beaucoup moins nombreux à demander des dépassements d'honoraires si la classification commune des actes médicaux était régulièrement révisée – c'est d'ailleurs l'absence de révision qui a conduit à l'émergence du secteur 2 et des dépassements d'honoraires.

M. le rapporteur général. Tel qu'il a été rétabli, l'article 26 *ter* prévoit à la fois une procédure accélérée de révision et une négociation annuelle des tarifs. Cela me semble satisfaire l'article 26 *quater*, qui dispose que le ministre peut fixer par voie réglementaire le niveau de prise en charge des actes si la révision tarifaire n'a pas été traduite dans la convention médicale dans un délai de six mois.

M. Michel Lauzzana (EPR). Pas tout à fait : l'article 26 *ter* prévoit une révision régulière des actes, tandis que l'article 26 *quater* impose d'aboutir dans les six mois, car cette révision traîne depuis un moment. Il s'agit de répondre à l'urgence.

M. le rapporteur général. L'article 26 *ter*, tel que nous venons de rétablir, dispose : « Avant le 31 décembre de chaque année, un avenant à la convention mentionnée à l'article L. 162-5 est négocié afin de déterminer les tarifs afférents aux actes et aux prestations ayant fait l'objet d'une nouvelle hiérarchisation au cours de l'année. »

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 26 quater *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 27 *: Favoriser l'efficience, la pertinence et la qualité des activités des établissements de santé*

Amendements de suppression AS370 de M. Yannick Monnet, AS414 de M. Hendrik Davi et AS500 de M. Damien Maudet

M. Hendrik Davi (EcoS). Le nouveau mécanisme d'incitation à l'efficience prévu par l'article 27 revient à utiliser des moyens financiers pour inciter les établissements de santé à réduire les actes et prescriptions, au risque de glisser vers une logique de rationnement.

En liant le financement des établissements à des indicateurs d'efficience et de volume l'article porte atteinte à l'autonomie des soignants, notamment de leurs décisions, ce qui me semble absolument néfaste. Ce mécanisme crée un cercle vicieux : les moyens des établissements déjà performants augmenteront, tandis que ceux qui sont en difficulté subiront une minoration budgétaire – c'est la double peine.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS500 est défendu.

M. le rapporteur général. Les différentes fédérations voient pourtant d'un très bon œil cette démarche positive et susceptible d'apporter des moyens complémentaires aux hôpitaux. J'espère qu'elles ne représentent pas que les bien portants.

Avis défavorable.

M. Hendrik Davi (EcoS). Ce n'est pas surprenant : une partie des directeurs d'hôpital ont été formés au *new public management* dans des écoles où on leur explique que c'est la seule méthode qui fonctionne. Si les directions approuvent le projet, les salariés, qui en subiront directement les conséquences et font déjà face à la mise en concurrence des services depuis des années, y sont opposés.

M. Michel Lauzzana (EPR). Tout le monde doit faire des efforts, hôpitaux compris. « Efficience » n'est ni un gros mot, ni un coup de bâton : c'est un objectif pour les aider à progresser.

M. le rapporteur général. Je pense qu'il y a une confusion : cet article ne va pas créer une Ligue des champions de la qualité, où seuls les vingt-quatre meilleurs pourraient continuer. Les établissements seront évalués par rapport à eux-mêmes et non comparés aux autres.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS372 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). En défendant cet amendement, je rebondis sur la discussion précédente. Tant que nous ne ferons pas la peau à la tarification à l'acte, les difficultés de financement des hôpitaux perdureront. Mais ça, personne ne veut s'y attaquer – et encore moins avec cet article.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS228 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). La France insoumise ne se retrouve pas dans la logique générale de l'article, qui repose sur la sanction des établissements qui ne respecteraient pas les injonctions, ou du moins les recommandations, formulées en matière de volumes d'actes ou de prescription.

Le pilotage des soins est légitime, mais pourquoi ne pas choisir une méthode saine, qui valorise les établissements suivant les recommandations, plutôt que de sanctionner ceux qui ne le font pas ? En réalité, il y a une intention cachée : contrôler les dépenses, comme on dit pudiquement – autrement dit, diminuer les droits des patients. Priver de moyens les usagers et les salariés au motif que tel ou tel acte n'est pas réalisé comme il faut ne me semble pas très cohérent.

M. le rapporteur général. Vos alertes sont parfois légitimes mais, en l'espèce, nous ne sommes pas du tout dans la logique mathématique de la tarification à l'acte : c'est un dispositif d'intéressement, qui s'inscrit dans une logique de qualité et de pertinence des soins. On n'enlève rien à personne, au contraire : c'est un petit plus pour les établissements qui s'engagent dans une démarche vertueuse de responsabilisation.

Monsieur Davi, je pense que vous faisiez référence à l'École des hautes études en santé publique de Rennes. Je connais plusieurs personnes qui en sont diplômées : elles ne correspondent pas au portrait que vous en dressez : elles sont profondément humaines, très attachées au projet d'établissement et à l'éthique. Personnellement, je salue la qualité de nos directeurs d'hôpital, qui portent ce service avec beaucoup de passion.

M. Hendrik Davi (EcoS). L'un des indicateurs les plus utilisés dans les hôpitaux est la durée moyenne de séjour (DMS). L'ensemble des hospitaliers sont soumis à une très forte pression pour diminuer cette durée, afin de libérer des lits qui seront ensuite supprimés. *In fine*, les médecins sont chargés de faire sortir les

patients en ambulatoire ou de les envoyer ailleurs – n'importe où, pourvu qu'ils ne soient plus à l'hôpital. Sauf que certains y reviennent quelques jours plus tard en raison de complications, parfois extrêmement graves. Demandez à n'importe quel médecin hospitalier de Marseille, il vous dira que la DMS est une horreur.

Le système proposé conduira à donner de l'argent aux hôpitaux qui sont efficaces au regard de ce type d'indicateurs, c'est-à-dire ceux qui virent les gens et les revoient chez eux avec un suivi infirmier – encore faut-il qu'il y ait des infirmières pour les visites : dans les déserts médicaux, ce n'est pas gagné, mon collègue Peytavie en sait quelque chose.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je vous écoute toujours avec attention, monsieur le rapporteur général, car le débat de fond est souvent très intéressant. Mais, cette fois, j'ai l'impression que nous ne parlons pas du même texte. Vous dites que ce n'est pas une question de volume d'actes, qu'on n'enlève rien à personne ; c'est pourtant ce qui est écrit noir sur blanc au quatorzième alinéa : « Au terme de cette période, si l'établissement réalise toujours un volume d'actes, de prescriptions ou de prestations supérieur à l'objectif fixé ou si leur évolution n'est pas conforme à l'évolution attendue, le directeur général de l'agence régionale de santé peut [...] lui infliger la pénalité financière [...]. »

Il s'agit bien d'un pilotage de l'activité par la sanction. Comment un établissement qui peine à suivre les consignes pourrait-il aller mieux si on le sanctionne financièrement ? C'est incroyable. À mes yeux, c'est infliger une double peine aux soignants et aux usagers.

M. Michel Lauzzana (EPR). Certains ont une vision figée de la médecine. C'est pourtant un processus en perpétuelle évolution et amélioration – j'en veux pour preuve l'ambulatoire. Il ne s'agit pas seulement de libérer des lits : garder un patient trop longtemps à l'hôpital augmente le risque de phlébite, par exemple. Au reste, les techniques chirurgicales s'améliorent chaque jour. Il y a des blocs opératoires sous-utilisés, des pratiques à faire évoluer : il faut aider les hôpitaux à adopter de bonnes pratiques. Cet article est plutôt positif.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous ne résoudrons pas ce soir ce problème dont nous avons déjà beaucoup débattu en première lecture, d'autant que, comme M. Monnet l'a souligné à juste titre, certains sujets qui concernent pleinement la gestion hospitalière ne figurent pas dans cet article.

Mme Annie Vidal (EPR). Cet article vise surtout à améliorer la pertinence de la prescription. En France, il y a entre 20 % et 40 % de surprescription, c'est-à-dire d'examens réalisés en double. Ne les réaliser qu'une seule fois ne remet pas en cause la qualité de la prise en charge du patient. Je pense notamment aux radios : lorsqu'elles ont été faites par le patient dans le privé mais ne figurent pas dans le dossier médical partagé (DMP), elles sont à nouveau réalisées à son arrivée aux urgences. Cela ne sert à rien. Certains praticiens sélectionnent aussi d'un trait de crayon l'ensemble des examens qu'il est possible de réaliser : c'est très coûteux sans

être forcément pertinent. Pour bien prendre en charge un patient, il faut surtout prescrire le bon acte, en s'appuyant sur les recommandations de la HAS.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Il est important de pouvoir s'appuyer aussi sur l'analyse clinique : c'est le rôle du médecin. Il ne faut pas imposer une réduction de la durée d'hospitalisation ou forcer la sortie des patients : on en connaît les conséquences. Il en va de même du volume des prescriptions ou des actes. Laisser du temps aux médecins améliorera le parcours de soins, permettant d'éviter des doublons.

M. le rapporteur général. Monsieur Clouet, l'objectif n'est pas de diminuer le volume des actes de manière générale, seulement ceux qui ne sont pas pertinents, dans une logique d'amélioration des pratiques. Je pense que c'est une idée autour de laquelle nous pouvons nous rejoindre. En outre, le dispositif s'inscrit dans le cadre d'un dialogue de gestion. Quant aux sanctions financières, nous en avons reporté l'entrée en vigueur. L'article a évolué par rapport au texte initial, il est moins mauvais qu'avant.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Amendement AS617 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Les dispositifs de financement à la qualité se transforment fréquemment en usines à gaz très complexes – peu, je pense, me contrediront sur ce point – et incompréhensibles pour les soignants, qui doivent pourtant être parties de cette démarche qualitative. C'est le cas de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité, dont la complexité est telle que les personnels se révèlent incapables d'évaluer l'impact de leur pratique sur le niveau de la dotation qui leur a été versée. Il me semble donc salutaire de réformer et simplifier cet outil.

Mais le législateur a une part de responsabilité : pour ne pas risquer de retomber dans les errements du passé, il doit se contenter d'inscrire dans la loi le principe d'un financement à la qualité, en résistant à la tentation d'y égrener des indicateurs ou des catégories d'indicateurs, sans quoi le dispositif perdrait inévitablement sa cohérence et son agilité.

Par cet amendement je propose donc de supprimer les alinéas introduits par le Sénat, qui tendaient à préciser des indicateurs et leur pondération. Pour que la démarche qualité ne soit plus uniquement l'affaire des directions *ad hoc* et que les soignants puissent se l'approprier, il faut leur faire confiance et leur laisser la main.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 27* ***modifié****.*

Article 27 *bis* : *Supprimer la condition d'écart de coût significatif pour la mise en place d'un plafonnement des dépenses d'intérim pour une profession donnée*

Amendement AS157 de Mme Sandrine Runel

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous avons déjà encadré l'intérim médical, notamment grâce à la « loi Rist » et aux mesures adoptées dans le cadre de la loi de financement pour 2025. Mais si celui-ci ouvre la possibilité de plafonner les dépenses d'intérim médical et paramédical par voie réglementaire – les socialistes y sont favorables –, c'est à la condition d'un surcoût « significatif » entre l'intérim et l'emploi permanent.

Supprimer cette condition permettrait à la fois de réaliser des économies – nous y reviendrons lorsque nous débattrons de l'Ondam –, et de dissuader davantage le recours à l'intérim, qui s'apparente parfois à du mercenariat dont les services deviennent captifs.

M. le rapporteur général. Votre proposition nécessiterait d'encadrer les dépenses d'intérim pour l'ensemble des professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux, y compris lorsqu'aucune dérive n'a été constatée. Cela risque d'être excessivement lourd, d'autant que la situation actuelle ne pose pas de problème et que le décret du 2 juillet 2025 a précisé la notion d'« écart significatif ».

Les plafonds de rémunération fixés dans l'arrêté du 5 septembre 2025 couvrent les professions pour lesquelles le recours à l'intérim est le plus problématique – les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les infirmiers, les manipulateurs en radiologie, les préparateurs en pharmacie, les kinésithérapeutes et les sages-femmes. Il me semble préférable d'en rester là.

Avis défavorable.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Je tiens à vous alerter sur la situation des petits hôpitaux, comme celui de Sarlat, où certains services se retrouvent en déficit, non parce qu'il n'y aurait pas suffisamment de besoins, mais faute de réussir à recruter des professionnels pour réaliser les actes. Or M. Bayrou prévoyait de sanctionner les hôpitaux qui continueraient à proposer des augmentations pour attirer les professionnels et parvenir à recruter. Le système marche sur la tête.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

En conséquence, l'article 27 bis *est* ***ainsi rétabli****.*

Article 27 *ter* : *Plafonner la rémunération des praticiens contractuels au niveau de celle des praticiens titulaires*

Amendement AS177 de Mme Élise Leboucher

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement vise à rétablir l'encadrement des rémunérations accessibles aux praticiens choisissant un contrat dit de motif 2.

Selon un rapport de la Cour des comptes, l'écart de rémunération entre les contrats de motif 1 – le remplacement classique – et ceux de motif 2 – l'intérim – peut aller jusqu'à 50 000 euros par an, ce qui rend les premiers beaucoup moins attractifs et aggrave la fuite vers les seconds. Pour maintenir les services ouverts, certains utilisent même des mécanismes de rémunération supplémentaire qui frôlent l'illégalité.

Pour encourager le maintien en poste des soignants et récompenser ceux qui ont recours aux contrats de motif 1 en leur assurant une meilleure rémunération, il faut limiter autant que possible celle de l'intérim, qui pourrait finir par tuer à la fois nos services et notre système social.

M. le rapporteur général. Effectivement, j'ai peur que le rétablissement de cet article conduise à tuer nos services publics. En outre, vous voulez plafonner la rémunération des contrats de motif 2 au niveau de celle des contrats de motif 1, mais, en l'état, votre amendement prévoit le plafonnement de l'ensemble des contrats au niveau de la rémunération des praticiens hospitaliers statutaires. Ce sera ingérable pour les établissements.

Je vous invite donc à retirer votre amendement ; à défaut, avis défavorable.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Elle ***maintient*** *la suppression de l'article 27* ter.

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*

Amendements de suppression AS161 de Mme Sandrine Runel, AS231 de M. Damien Maudet, AS374 de M. Yannick Monnet et AS415 de M. Hendrik Davi

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS161 est défendu.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS231 est défendu.

M. Hendrik Davi (EcoS). Si le Sénat a amélioré l'article 28 en supprimant la limitation de la durée des prescriptions d'arrêt de travail, il a néanmoins maintenu la disposition qui tend à limiter à quatre ans la période pendant laquelle les indemnités journalières peuvent être versées au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle : à l'expiration de ce délai, leur bénéficiaire relèverait donc désormais du régime de l'incapacité, qui ouvre droit à une pension. Or une telle requalification précariserait des personnes qui sont malades ou en situation de

handicap à cause de leur travail. C'est pourquoi nous proposons de supprimer cet article.

M. le rapporteur général. Si nous supprimons l'article, nous ne pourrons pas rétablir, comme je le souhaite, les dispositions que nous avons adoptées en première lecture, en particulier celle qui porte à un mois la durée maximale des arrêts de travail initiaux prescrits en ville.

Quant aux arrêts pour maladie professionnelle ou accident du travail, la limitation à quatre ans de la période pendant laquelle l'incapacité temporaire donne lieu au versement d'indemnités journalières n'a rien de choquant. Il s'agit simplement de prendre acte du fait qu'à l'issue de cette période, la victime relève non plus du régime de l'incapacité temporaire mais de celui de l'incapacité permanente, qui ouvre droit à une rente ou à une indemnité en capital, ou de l'invalidité.

Je vous invite donc à retirer vos amendements de suppression.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous sommes en désaccord avec vous. Après un accident du travail ou une maladie professionnelle, la consolidation de l'état du patient peut prendre plusieurs années. J'ajoute que les indemnités versées à ce titre le sont par la branche accidents du travail et maladies professionnelles, laquelle est abondée par chaque employeur, dont la cotisation dépend notamment de son taux de sinistralité. Ainsi, on nous propose de réduire les dépenses de cette branche – qui est, au demeurant, excédentaire – alors qu'elles sont, en fin de compte, assumées par les entreprises qui ne protègent pas leurs salariés.

M. le rapporteur général. Le régime de l'incapacité permanente est protecteur.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Moins que les indemnités journalières !

M. le rapporteur général. Si, au bout de quatre ans, la personne n'est pas guérie, son incapacité ne peut plus être qualifiée de temporaire.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS235 de Mme Ségolène Amiot

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement de repli tend à supprimer la limitation *a priori* de la durée des arrêts de travail pour une incapacité temporaire due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Nous ne pouvons pas nous mettre à la place des médecins, qui sont les seuls à savoir quand l'état d'un patient est consolidé. Un cancer provoqué par une exposition à l'amiante, par exemple, peut évoluer sur un temps long.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS611 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet amendement ressemble beaucoup à l'amendement AS678 de nos collègues socialistes qui avait été adopté en première lecture, et pour cause : je m'en étais alors remis à la sagesse de l'Assemblée. Or je reste fidèle à l'esprit de nos travaux. Il ne s'agit donc ni de rétablir la limitation proposée dans le texte initial du Gouvernement ni de la supprimer, comme l'a fait le Sénat, mais de fixer le principe d'un plafonnement de la durée des arrêts maladie dans la loi et de porter à trente jours la durée maximale d'un arrêt de travail initial pour maladie prescrit en ville.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS466 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Anne Bergantz (Dem). Il s'agit de rétablir la rédaction initiale des dispositions de l'article 28 visant à encadrer la durée maximale de prescription des arrêts maladie.

M. le rapporteur général. Vous nous proposez de revenir au texte du Gouvernement, texte que nous avons voulu modifier en première lecture. Je suis donc un peu ennuyé.

Demande de retrait, sinon sagesse.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Certes, mais votre amendement vient d'être rejeté, hélas. Il nous paraît préférable de revenir à l'esprit du texte initial en plafonnant la durée de la première prescription d'arrêt de travail et de son renouvellement afin de favoriser un suivi cohérent du patient.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS544 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Il s'agit de permettre aux praticiens de déroger à la durée maximale de l'arrêt de travail lorsque la situation du malade le justifie.

M. le rapporteur général. Je suis un peu perdu : je ne comprends pas dans quelle direction nous allons. Les votes sur les différents amendements déposés sur l'article 28 sont contradictoires, si bien que, je l'avoue, il ne me sera pas facile de donner l'avis de la commission en séance publique. Il est vrai que, d'un point de vue politique, le Sénat, soucieux de défendre non pas les assurés mais les professionnels de santé, a paradoxalement été plus à gauche que l'Assemblée...

M. Yannick Monnet (GDR). Monsieur le rapporteur général, il n'y a rien d'étonnant à ce que la situation soit complexe. Comment, en effet, dénoncer les arrêts maladie frauduleux sans remettre en cause la liberté de prescription des médecins ? De fait, ce ne sont pas les patients qui décident en la matière, mais bien les médecins !

M. le rapporteur général. Il sera d'ailleurs très facile aux médecins de déroger à ces dispositions.

M. Yannick Monnet (GDR). Elles ne servent donc à rien : c'est de la pure démagogie !

M. le rapporteur général. Ce n'est pas mon texte.

Mme Annie Vidal (EPR). L'objectif est bien de limiter les arrêts de travail frauduleux. D'abord nous encadrons leur durée, puis le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, que nous examinerons prochainement, nous permettra de donner aux caisses primaires d'assurance maladie les moyens de contrôler ces arrêts de travail.

M. Yannick Monnet (GDR). Ce sont les médecins qu'il faut contrôler, non les patients !

Mme Annie Vidal (EPR). C'est ce que je dis. Un arrêt de travail est frauduleux lorsque la prescription n'est pas pertinente, pour ainsi dire.

M. le rapporteur général. Attention : ce n'est pas parce qu'un arrêt de travail ne respecte pas certaines recommandations qu'il est frauduleux. Le médecin peut ignorer que les bonnes pratiques relatives à la durée ont évolué.

Mme Annie Vidal (EPR). Je parlais du contrôle, non pas de l'opportunité des arrêts de travail mais de leur légalité ; c'est très différent.

M. le rapporteur général. Demande de retrait ; sinon avis défavorable – de toute façon, on tire à blanc !

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS543 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). L'amendement est défendu.

M. le rapporteur général. Il me paraît pertinent de rétablir cette coordination qui figurait dans le texte initial et que l'Assemblée nationale n'avait, du reste, pas supprimée. Il s'agit de préciser que les nouvelles dispositions sur la limitation des arrêts ne s'appliqueront pas à Mayotte.

Avis favorable.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 28 **modifié**.*

Article 28 *bis* A (nouveau) : *Limitation du renouvellement d'un arrêt de travail par télémédecine*

Amendements de suppression AS40 de M. Damien Maudet, AS195 de Mme Sandrine Runel et AS375 de Mme Karine Lebon

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Tout le monde n'a pas accès à un médecin, qui plus est dans le délai de quarante-huit heures imposé au salarié pour transmettre son arrêt de travail à l'employeur et à la Cpam. Par l'amendement AS40, il faut supprimer cet article, car il est déconnecté de la réalité vécue par les patients.

Mme Isabelle Santiago (SOC). Dans les déserts médicaux, la télémédecine est souvent le seul moyen d'avoir accès à un médecin. C'est pourquoi nous proposons également par l'amendement AS195 de supprimer l'article 28 *bis* A.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS375 est défendu.

M. le rapporteur général. Tout d'abord, cet article vise le renouvellement et non la première prescription d'un arrêt de travail. En outre, l'amendement de Daniel Chasseing, adopté par le Sénat, confirme expressément qu'il est possible de déroger au principe fixé par l'article, d'une part, lorsque le praticien consulté en ligne est le médecin traitant ou la sage-femme référente, et, d'autre part, en cas d'impossibilité avérée de trouver un rendez-vous classique.

Avis défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Dans son rapport « Charges et produits », la Cnam relève une augmentation considérable du nombre des renouvellements d'arrêt de travail prescrits dans le cadre d'une téléconsultation. Il convient donc conserver cet article, sachant que celui-ci prévoit des exceptions.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Je voterai pour ces amendements de suppression, car la loi permet déjà d'éviter les dérives en disposant que, dans le cadre d'une téléconsultation, la prescription ou le renouvellement d'un arrêt de travail ne peut porter sur plus de trois jours. Dans certains territoires, il est important de maintenir la possibilité d'obtenir le renouvellement d'un arrêt de travail par téléconsultation.

Mme Justine Gruet (DR). Une dérogation est prévue en cas d'impossibilité d'obtenir un rendez-vous au cabinet d'un médecin, mais comment peut-on s'assurer de la réalité de cette impossibilité ? Par ailleurs, il me paraît d'autant plus important que le patient soit suivi en présentiel que le premier arrêt de travail n'a pas été suffisant.

*La commission **rejette** les amendements.*

*Puis elle **rejette** l'article 28* bis *A.*

Article 28 *bis* : *Application à Saint-Pierre-et-Miquelon de dispositions relatives au service du contrôle médical*

La commission ***adopte*** *l'article 28* bis ***non modifié***.

Article 28 ***ter*** : *Adaptations au droit des arrêts de travail*

Amendements de suppression AS29 de Mme Élise Leboucher et AS196 de Mme Sandrine Runel

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Cet article, issu d'un amendement de notre rapporteur général, modifie la définition de l'incapacité. Ainsi, serait considéré comme frappé d'incapacité non plus le salarié qui ne peut pas reprendre « le travail » mais celui qui ne peut pas « continuer ou reprendre une activité professionnelle salariée ou non salariée quelconque ». Cette modification importante risque d'être à l'origine de mobilités contraintes, voire de pertes d'emploi ou, pis encore, d'affectations à des postes qui ne sont pas adaptés.

Je m'étonne que nos collègues de droite – pour qui chacun doit s'investir dans son travail – considèrent qu'un salarié qui n'est plus en mesure d'être maintenu à son poste pourrait être affecté à n'importe quel autre poste, comme si tout se valait. Adopter cet article, ce serait dévaloriser le travail. C'est pourquoi par l'amendement AS29 nous proposons sa suppression.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS196 est défendu.

M. le rapporteur général. J'imagine que, lorsque M. Clouet évoque ses collègues de droite, il veut parler des méchants...

L'article 28 *ter* reprend la jurisprudence de la Cour de cassation qui, dans deux décisions – l'une de juin 2018, l'autre de mai 2025 – a jugé que « *le bénéfice des indemnités journalières est subordonné à la seule constatation de l'incapacité physique de l'assuré de reprendre le travail. Cette incapacité s'analyse non pas dans l'inaptitude de l'assuré à remplir son ancien emploi, mais dans celle d'exercer une activité salariée quelconque.* »

Cette définition est certes conforme à l'intérêt de l'employeur, mais aussi à celui du salarié car elle introduit une forme de flexibilité, d'adaptation, qui s'inscrit dans la logique de travail que vous mentionnez.

Par ailleurs, la vérification par le médecin du travail, lui-même sollicité par le médecin-conseil de l'assurance maladie, qu'un assuré en arrêt peut reprendre le travail ou envisager une formation et l'étude des modalités de cette reprise ne sont actuellement prévues que pour les interruptions de plus de trois mois. Je proposais de supprimer cette borne temporelle. Par sous-amendement, le Gouvernement a suggéré un compromis pour en fixer le délai à un mois.

Avis défavorable.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 28 ter *est* ***supprimé*** *et les amendements AS34 de M. Hadrien Clouet, AS379 de M. Yannick Monnet et AS37 de Mme Élise Leboucher* ***tombent****.*

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

La commission ***maintient*** *la suppression de l'article 29.*

Article 30 *: Favoriser le recours à des outils d'aide à la prescription et à la décision médicale de dernière génération*

La commission ***adopte*** *l'article 30* ***non modifié****.*

Article 31 *: Rendre obligatoires l'alimentation du dossier médical partagé et sa consultation dans certains cas*

Amendements identiques AS602 de M. Thibault Bazin et AS515 de M. Philippe Vigier, amendement AS206 de Mme Sandrine Runel (discussion commune)

M. le rapporteur général. Nous proposons de rétablir l'article 31 en ajoutant trois dispositions à la version adoptée par notre assemblée en première lecture, afin de répondre à toutes les préoccupations qui ont été exprimées.

La première tend à imposer que les appels d'offres pour des services numériques en santé lancés par les établissements soient conformes aux critères de référencement, pour garantir un certain niveau de performance et d'interopérabilité.

La deuxième a pour objet d'écarter la responsabilité du professionnel ou de l'établissement au profit de celle de l'éditeur de logiciel lorsque le défaut d'alimentation du DMP résulte d'une faille du logiciel.

La troisième vise à reporter l'application des pénalités à 2028, c'est-à-dire à une date où tous les professionnels de santé devraient être équipés de logiciels permettant un accès fluide aux DMP des patients.

Grâce à ses modifications, le dispositif paraît donc équilibré. Je forme le vœu que les établissements de santé feront évoluer rapidement leurs systèmes d'information afin de faciliter le renseignement et la consultation du DMP. Ainsi, les fameux actes redondants mentionnés par Annie Vidal pourront être évités et nous pourrons réaliser les économies attendues par Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS206 est défendu.

La commission ***adopte*** *les amendements identiques.*

En conséquence, l'article 31 est ***ainsi rétabli*** *et l'amendement AS206* ***tombe****.*

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

La commission ***adopte*** *l'article 32* ***non modifié****.*

Article 33 *: Améliorer la pénétration des biosimilaires et génériques en ville*

Amendement AS156 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Il s'agit de supprimer le mécanisme qui conditionne le tiers payant à l'acceptation par le patient des biosimilaires et hybrides substituables.

M. le rapporteur général. Le développement des biosimilaires et des hybrides, auquel je suis très favorable, dépend de l'instauration de ce mécanisme qui, appliqué aux génériques, a permis une économie de 19 millions d'euros d'économies par point de substitution. Je rappelle que le tiers payant est une avance et non un règlement.

Avis défavorable.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Amendement AS493 de Mme Karine Lebon.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *l'amendement.*

Amendement AS549 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il s'agit de supprimer les dispositions introduites au Sénat qui simplifient de façon excessive les conditions dérogatoires de substitution des médicaments biosimilaires et surchargent inutilement le code de la santé publique par la création d'un devoir d'information des pharmaciens dans le cadre de la substitution. L'ANSM nous a d'ailleurs alertés sur le contenu des deux dispositifs qui, d'une part, fragiliseraient la confiance des usagers dans le processus de substitution, et, d'autre part, complexifieraient de façon excessive la dispensation des biosimilaires.

Cet amendement permet ainsi de préserver l'équilibre du dispositif adopté par la commission des affaires sociales en première lecture.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

En conséquence, l'amendement AS545 de Mme Karine Lebon ***tombe****.*

La commission ***adopte*** *l'article 33* ***modifié****.*

Article 34 : *Adapter les dispositifs d'accès précoce, d'accès compassionnel et d'accès direct*

Amendement AS618 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il s'agit de rétablir les dispositions supprimées par le Sénat qui donnent la faculté au Ceps de prendre en compte des pays non européens dans les décisions conventionnelles de baisse de prix. Je rappelle en effet que, depuis 2021, les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ont crû en moyenne de 7,4 %, contre 3 % pour le PIB.

Certes, la seule régulation par le prix n'est pas la solution. Mais la prise en compte de pays qui pratiquent des prix moins élevés tout en présentant un accès important à l'innovation thérapeutique semble utile, notamment dans le souci de rétablir les comptes de la sécurité sociale. Ainsi amendée, non seulement la disposition d'équilibre de l'article 34 préserve l'accès précoce, l'accès direct et l'accès compassionnel mais elle est également vertueuse pour nos finances sociales en permettant une économie estimée à 113 millions d'euros dès 2026.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

Amendement AS199 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous proposons d'instaurer une pénalité plancher pour les industriels et laboratoires pharmaceutiques qui contreviennent aux engagements exigés dans le cadre d'une demande de commercialisation en accès direct.

M. le rapporteur général. Je vous invite à retirer l'amendement et à y retravailler en vue de la séance publique car vous mentionnez l'accès direct alors que l'amendement vise l'accès précoce.

L'amendement est ***retiré****.*

La commission ***adopte*** *l'article 34* ***modifié****.*

Article 34 ***bis*** **(nouveau)** *: Renforcement de l'application du critère industriel dans la définition du prix des dispositifs médicaux*

La commission ***adopte*** *l'article 34* bis ***non modifié****.*

Article 35 : *Expérimenter le référencement de médicaments thérapeutiquement équivalents*

La commission ***maintient*** *la suppression de l'article 35.*

Article 35 ***bis*** **(nouveau)** : *Adaptation de la période prise en compte pour le calcul du niveau du stock de sécurité des spécialités substituables*

Amendements de suppression AS551 de M. Thibault Bazin et AS17 de M. Damien Maudet

M. le rapporteur général. La logique préventive qui préside à la constitution des stocks de sécurité se trouve fragilisée par cette disposition qui a pour objet de permettre une diminution du niveau de ces stocks pour les médicaments substituables, quand bien même ceux-ci appartiendraient à la catégorie des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM). En effet, la concentration, notamment géographique, des fournisseurs de médicaments génériques ou hybrides ne permet pas d'écarter le risque d'une pénurie. L'argument selon lequel la possibilité de substituer un médicament justifierait une diminution du niveau de stockage n'est donc pas recevable.

J'invite donc ceux d'entre vous qui sont attachés à la préservation des niveaux de stock des MITM – notamment M. Maudet, M. Monnet et les collègues du groupe GDR – à supprimer cet article.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Fondé sur le principe selon lequel les stocks constitués par le laboratoire commercialisant le médicament générique, hybride ou biosimilaire seront appelés à progresser de manière dynamique en cohérence avec la hausse de leur part de marché, cet article aurait pour conséquence d'affaiblir l'ensemble des stocks de la spécialité puisqu'il réduit la période de référence retenue pour le calcul des besoins de l'ensemble des produits concernés.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 35 bis *est* ***supprimé*** *et les amendements AS497 de M. Yannick Monnet et AS503 de M. Charles Fournier* ***tombent****.*

*

* *

Réunion du samedi 29 novembre à 21 heures (article 36 à article 54)

Lors de sa troisième du samedi 29 novembre 2025, la commission poursuit l'examen, en nouvelle lecture, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n° 1907 et 1999) [(1)] *(M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs).*

Article 36 : *Réforme de la tarification des établissements et services qui accompagnent des enfants et des jeunes handicapés (Serafin-PH)*

Amendements de suppression AS388 de M. Yannick Monnet et AS418 de M. Hendrik Davi

M. Yannick Monnet (GDR). L'article 36 fait entrer la tarification à l'activité (T2A) dans le médico-social. Après avoir tué l'hôpital public, c'est désormais le médico-social qu'il faut achever.

M. Hendrik Davi (EcoS). N'en déplaise à la ministre, la réforme revient bien à introduire dans le médico-social une tarification à l'activité inspirée de la T2A hospitalière. En mai 2023, alertés par des chercheurs et des acteurs du domaine, nous avions publié, avec six collègues, une tribune dans *Politis* pour la dénoncer, parce qu'elle va dégrader la prise en charge des patients.

M. Hadrien Clouet, rapporteur pour la branche autonomie. Je suis favorable à la suppression de l'article 36. La réforme Serafin-PH vise à créer un procédé uniforme de financement des établissements. Cela pourrait sembler intéressant, n'étaient deux écueils. Tout d'abord, la réforme doit accompagner une transformation de l'offre, sauf qu'elle se fait à moyens constants, ce qui signifie que tout gain pour un établissement entraînera des pertes pour d'autres. Qui plus est, ses effets sont opaques, dans la mesure où la définition de l'équation tarifaire est renvoyée à un décret, ce qui équivaut à nous demander de voter un blanc-seing.

M. le rapporteur général. Les établissements pour personnes en situation de handicap dans lesquels je siège attendent cette réforme. Les modes de financement sont à ce point divers qu'on ne peut qu'appeler à une forme d'homogénéisation. Supprimer l'article serait préjudiciable au secteur, d'autant que des moyens supplémentaires – certes insuffisants – sont prévus. S'il y aura des perdants, je pense que, dans l'ensemble, les établissements seront gagnants.

Mme Christine Le Nabour (EPR). C'est tout sauf une tarification à l'activité. Les bases tarifaires, qui ont été calculées d'après des profils plutôt légers, ne sont désormais plus adaptées. Certains établissements sont surdotés, tandis que d'autres sont sous-dotés. L'objectif de la réforme est d'offrir à certains établissements la possibilité d'avoir plus de moyens parce que leurs profils sont plus complexes. Le financement comprend deux volets : un financement socle et un

(1) https://assnat.fr/xpdAzw

financement en fonction des spécificités des territoires – besoins de transport, liens avec le milieu ordinaire. Nexem, la Fédération hospitalière de France et la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs sont favorables à l'article. Il faut vraiment sortir du forfaitaire, qui ne tient pas compte des besoins réels. Les gestionnaires devront s'interroger sur leurs publics et leur projet pour obtenir des financements supplémentaires. Une enveloppe de 360 millions d'euros est prévue.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Nous avons été condamnés par l'ONU, pour ne pas œuvrer à la désinstitutionnalisation de la prise en charge. Nous devons travailler dessus afin de la mettre en place progressivement et de répondre aux exigences d'inclusion en matière de logement, de transport et d'offre médicale. Or Serafin-PH ne nous fait faire aucun progrès en ce sens. Vous avez cité des gestionnaires, alors qu'il serait plus intéressant d'entendre la voix des personnes concernées.

M. Jérôme Guedj (SOC). Ce n'est pas simple. Alors que la réforme Serafin-PH était très attendue, la réponse, selon tous les acteurs, est en deçà des ambitions initiales. Mais il ne faut pas verser dans la caricature. Même si tout n'y est pas à jeter, nous sommes des adversaires de la tarification à l'activité. Je ne crois pas, cependant, que Serafin souffre des mêmes travers. Je suis embêté. Si Serafin n'est qu'un outil de convergence budgétaire, il ne concrétise en rien l'ambition affichée, mais s'il permet de mieux financer les parcours et de les individualiser, il va dans le bon sens. Je suis vraiment dans un entre-deux : la réforme n'est peut-être pas bonne, mais le système actuel ne l'est pas non plus. Impliquons-nous, créons un comité de suivi et contrôlons régulièrement les effets de Serafin. Je n'ai pas envie de balayer d'un revers de la main l'aboutissement d'un travail de plusieurs années avec les fédérations.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Vous me surprenez, monsieur Guedj, qui étiez l'un des cosignataires de la tribune contre Serafin en 2023. Il y a bien un problème de fond, mais cette solution n'est pas la bonne. Il faut prendre le temps de la trouver dans un autre cadre.

M. le rapporteur. Nous n'avons aucune garantie que l'homogénéisation se fasse par le haut. Madame Le Nabour, vous disiez que certains établissements étaient surdotés. Soit, mais on ne sait pas lesquels, en l'absence de toute cartographie. En revanche, ce que l'on sait, c'est que les établissements qui seront qualifiés de surdotés verront leurs ressources ponctionnées au profit de ceux qui sont sous-dotés.

Mme Christine Le Nabour (EPR). Il y a un gel !

M. le rapporteur. Ce n'est pas vrai, puisque l'équation tarifaire est renvoyée à un décret.

Monsieur Bazin, vous parliez de l'attente des établissements. Le 29 septembre dernier, la CFE-CGC, la CFDT, la CFTC, la CGT, l'Union fédérale

de l'action sociale, FO et Sud se sont mobilisés contre Serafin-PH – autrement dit, tous les syndicats... L'attente a été déçue. Le 26 novembre, il y a eu une réunion sur le réseau Discord des travailleurs sociaux. Je vous invite à aller voir ce qui s'est dit.

Enfin, monsieur Guedj, puisque vous êtes embêté, dans le doute, exprimons un désaccord pour inviter le Gouvernement à revoir sa copie.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS159 de M. Sébastien Peytavie

M. le rapporteur. Votre amendement propose d'élargir et d'améliorer les critères de calcul de la dotation globale de fonctionnement des établissements et services concernés par la réforme Serafin-PH.

Avis favorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS417 de M. Hendrik Davi

M. le rapporteur. Vous proposez d'exclure des critères pris en compte pour calculer le montant de la dotation celui de l'activité réalisée, éloignant donc le principe de la tarification à l'activité.

Avis favorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS163 de M. Sébastien Peytavie

M. le rapporteur. Votre amendement impose d'associer beaucoup plus étroitement les personnes handicapées à la construction de la réforme, en précisant qu'elles ne peuvent pas être représentées par des associations gestionnaires. C'est un amendement de bon sens. Elles doivent avoir le droit non pas seulement d'être consultées ou informées mais de décider pour elles-mêmes.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS166 de M. Sébastien Peytavie

M. le rapporteur. Vous proposez de décaler d'un an la mise en œuvre de la réforme Serafin-PH. Avis favorable. Donnons-nous un peu de temps pour mieux la supprimer l'an prochain.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS387 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement est défendu.

M. le rapporteur. Votre amendement propose que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) transmette aux établissements et services concernés par Serafin les résultats des simulations des effets de la réforme sur leurs moyens. C'est un amendement de bon sens, dans la mesure où l'un des principaux reproches faits à la réforme concerne précisément le manque de transparence sur les effets attendus.

Avis favorable.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 36* ***non modifié****.*

Article 36 ***bis*** **(nouveau)** *: Créer une obligation de renseignement des données dans les services numériques en santé et réformer le régime des sanctions financières applicables aux établissements et services médico-sociaux*

La commission ***adopte*** *l'article 36* bis ***non modifié****.*

Article 36 ***ter*** **(nouveau)** : *Sécuriser le régime d'autorisation des établissements et services médico-sociaux à caractère expérimental*

La commission ***adopte*** *l'article 36* ter ***non modifié****.*

Article 37 *: Contribution à la prise en charge du coût de l'accord du 4 juin 2024 par les départements*

Amendement AS614 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je propose de rétablir la rédaction initiale de l'article 37. L'amendement adopté au Sénat, s'il est pertinent sur le fond, ne pourra pas être appliqué. D'une part, les services de la CNSA ne disposent pas de données relatives au nombre de professionnels concernés dans chaque département, et la collecte d'informations retarderait le versement de l'aide. D'autre part, l'enveloppe a déjà été répartie entre les départements ; il serait donc regrettable de revenir sur ce calcul.

M. le rapporteur. Il est un peu triste, monsieur Bazin, que les rares fois où je suis d'accord avec le Sénat, ce soit pour être en désaccord avec vous. Vous proposez de rétablir la clef de répartition de l'enveloppe de 85 millions prévue initialement à l'article 37 en fonction du nombre de places plutôt que de personnels. J'y suis défavorable pour quatre raisons. Tout d'abord, un amendement proposant la même modification que celle du Sénat a été adopté en première lecture à l'Assemblée. Ensuite, il est quand même curieux de vouloir rétablir des moyens dédiés à des revalorisations salariales en fonction du nombre de places plutôt que de celui des personnels concernés.

En outre, l'argument tenant à l'absence de données disponibles au niveau national sur le nombre de personnels concernés dans chaque établissement me paraît

fragile : si l'on n'a pas les données, il suffit de les demander pour les centraliser. Enfin, la méthode du Gouvernement est quand même étonnante. Il prévoit, de manière rétroactive, une enveloppe dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour financer des revalorisations salariales intervenues à compter du 1er janvier 2024. Nous devons, en gros, nous contenter de ratifier des décisions prises par le Gouvernement. Voilà qui prête à sourire en un moment qui se voudrait le plus parlementaire de la Ve République...

M. le rapporteur général. Cette disposition a été votée dans un précédent PLFSS et est applicable cette année. L'enveloppe a déjà été répartie. Par ailleurs, nous n'avons pas les éléments pour modifier la répartition, alors que nous sommes déjà à la fin de l'année. Les départements ne nous ont pas demandé de modification en ce sens. Ils souhaitent, au contraire, une sécurisation et une stabilisation. Il serait très compliqué d'aller récupérer ce qui a déjà été réparti.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 37* ***non modifié****.*

Article 37 ***bis*** **(nouveau)** : *Préciser le périmètre du coefficient géographique appliqué pour le calcul du concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements et régions d'outre-mer*

La commission ***adopte*** *l'article 37* bis ***non modifié****.*

Article 38 (supprimé) : *Déduire les indemnisations versées par les assurances et les fonds d'indemnisation de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap*

La commission ***maintient*** *la suppression de l'article 38.*

Article 39 *: Améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles*

Amendement AS381 de Mme Marie-Charlotte Garin

Mme Danielle Simonnet (EcoS). L'amendement est défendu.

M. Gaëtan Dussausaye, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Nous avons déjà eu le débat lors de la première lecture. Avis défavorable.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Amendement AS299 de M. François Ruffin

M. Sébastien Peytavie (EcoS). L'amendement est défendu.

M. le rapporteur. Nous avons également eu ce débat. Qui plus est, le passage par le Sénat a permis de recentrer l'application de l'article.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 39 **non modifié**.*

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

*La commission **adopte** l'article 39* bis ***non modifié***.

Article 39 *ter* (nouveau) *: Report de la mise en œuvre de la réforme de l'incapacité permanente fonctionnelle*

*La commission **rejette** l'article 39* ter.

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

*La commission **adopte** l'article 40 **non modifié**.*

Article 41 : *Optimiser le recouvrement des pensions alimentaires*

*La commission **adopte** l'article 41 **non modifié**.*

Article 42 : *Créer un congé supplémentaire de naissance*

Amendements identiques AS263 de Mme Sarah Legrain, AS301 de Mme Ségolène Amiot et AS380 de Mme Marie-Charlotte Garin, amendements AS613 de M. Thibault Bazin, AS229 de Mme Sandrine Runel, AS391 de Mme Karine Lebon et AS546 de Mme Anne Bergantz (discussion commune)

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). L'amendement AS263 vise à rétablir la possibilité de fractionner le congé supplémentaire de naissance.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Avec l'amendement AS301, nous proposons également de rétablir la possibilité de fractionner le congé supplémentaire de naissance pour des périodes d'un mois et qu'au moins un mois ne puisse être pris de manière simultanée. Cette proposition est issue des travaux de la mission d'information de la délégation aux droits des femmes sur les politiques d'accompagnement à la parentalité. Le Sénat a modifié cet article de manière assez réactionnaire et il est nécessaire de rappeler que les droits des femmes sont prioritaires.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). L'amendement AS380 est défendu.

M. le rapporteur général. Mon point de vue a évolué sur cet article.

En première lecture, j'avais proposé un fractionnement avec une période d'une semaine. On m'avait opposé que c'était trop court. C'est pourquoi mon amendement prévoit d'autoriser le fractionnement du congé de naissance en deux périodes d'un mois chacune, selon des modalités définies par décret. Il faut en effet pouvoir adapter ce congé aux différentes réalités, notamment en fonction des secteurs professionnels.

Plus le dispositif sera modulable, plus les parents seront incités à y recourir – en particulier les pères. Les données disponibles tendent en effet à montrer que 20 % d'entre eux choisiraient de fractionner leur congé de paternité depuis qu'il a été allongé en 2021.

M. Elie Califer (SOC). L'amendement AS229 du groupe Socialistes et apparentés vise à rétablir la possibilité de fractionner le congé supplémentaire de naissance par périodes d'une semaine, afin de mieux s'adapter aux besoins des parents. Nul besoin d'attendre un décret pour cela. Rétablissons le dispositif que nous avions voté en première lecture et avançons.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS391 est défendu.

Mme Anne Bergantz, rapporteure pour la branche famille. Mon amendement vise à revenir sur la modification apportée par le Sénat, qui a fait figurer dans le dispositif que le congé de naissance doit être pris dans un délai de neuf mois à compter de la naissance. Or il est absolument nécessaire sur ce point de renvoyer à un décret afin de prendre en compte la diversité des situations des parents, qui peuvent bénéficier de congés de maternité, de paternité ou d'adoption plus longs – notamment en raison de naissances multiples ou de l'hospitalisation de l'enfant.

La solution retenue par le Sénat rend les aménagements beaucoup plus difficiles et risque, dans certains cas, de priver des parents de leur droit à congé de naissance.

Les autres amendements en discussion commune concernent la possibilité de fractionner le congé de naissance et le recours simultané ou non des parents. Comme le rapporteur général, ma position a évolué depuis la première lecture.

Si je continue de penser que la non-simultanéité du congé – ou tout au moins d'une partie de celui-ci – permettrait de garantir l'implication des pères auprès de leurs jeunes enfants, j'entends aussi les arguments relatifs au libre choix au sein de chaque famille. D'autant que la durée de ce congé est très courte, avec deux mois au maximum.

Avis défavorable aux amendements AS263, AS301, AS380 et AS229, qui prévoient la non-simultanéité. Je considère qu'il n'est pas opportun d'empêcher de prendre un congé de naissance, surtout compte tenu du phénomène de post-partum.

Laissons les parents choisir. En outre, je ne sais pas dans quelle mesure les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) seraient en mesure d'appliquer ce qui est proposé par ces amendements.

À l'instar de la position que j'avais défendue en séance publique, je suis favorable à un fractionnement par mois du congé de naissance, afin de laisser un peu plus de souplesse aux parents. Avis favorable à l'amendement AS613 et défavorable à l'amendement AS391.

*La commission **rejette** les amendements AS263, AS301 et AS380.*

*Puis elle **adopte** l'amendement AS613.*

*En conséquence, les amendements AS229, AS391 et AS546 **tombent**.*

Amendement AS242 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement vise à systématiser l'entretien professionnel lors de la reprise d'activité du salarié de retour de congé supplémentaire de naissance.

Accueillir un enfant n'est pas sans effets sur le corps, l'esprit, la disponibilité ou les priorités. Après une interruption de plusieurs mois, il peut être difficile de réintégrer son poste et cela nécessite parfois des adaptations – ne serait-ce que pour faire valoir son droit à l'allaitement, toutes les entreprises n'ayant pas prévu un espace à cet effet alors que le code du travail l'impose. Pouvoir aborder ces points avec son supérieur hiérarchique est absolument primordial.

Mme la rapporteure. L'amendement est satisfait.

En effet, le code du travail prévoit déjà que le salarié, au retour du congé, a droit à un entretien professionnel. En outre, cet article prévoit que l'entretien professionnel est proposé systématiquement au salarié qui reprend son activité a l'issue d'un congé supplémentaire de naissance. Ces dispositions ne laissent aucun choix à l'employeur, mais en laissent un au salarié. Cela me semble tout à fait équilibré.

Demande de retrait.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendements AS297 et AS296 de Mme Sarah Legrain, amendements identiques AS95 de Mme Sandrine Rousseau, AS245 de Mme Sarah Legrain, AS341 de M. Gaëtan Dussausaye et AS392 de M. Yannick Monnet, amendements AS233 de Mme Sandrine Runel, AS298 de Mme Sarah Legrain et AS612 de Mme Anne Bergantz (discussion commune)

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous avons déposé des amendements de repli – ce qui ne nous ressemble pas – car nous avons reçu beaucoup de messages au sujet du congé supplémentaire de naissance.

La navette a en effet rendu les choses difficilement compréhensibles : l'Assemblée nationale avait choisi d'appliquer cette mesure au 1er janvier 2026 ; les sénateurs ont choisi de la reporter d'un an. Ils ont invoqué des problèmes informatiques. Je ne sais pas dans quel monde ils vivent. Peut-être leur minitel n'était-il pas branché ? En tout cas, il ne faut pas un an pour appliquer une réforme. Ils ont également fait valoir que le logiciel Arpège ne fonctionnait pas bien. Il aurait fallu mieux nous écouter, car cela fait deux ans que nous demandons son abandon. Il suffit de le remplacer en prenant un autre prestataire. On peut même envisager de recourir à un code source ouvert ; nous sommes disponibles pour en discuter, car nous avons l'habitude de réparer les bêtises du Gouvernement – c'est notre lot quotidien.

Nos amendements AS297 et AS296 prévoient donc que le nouveau congé supplémentaire de naissance soit applicable à partir du 1er juillet 2026, ce qui permettra d'en faire bénéficier les parents d'enfants nés ou adoptés dès le 1er janvier 2026.

Ce délai permettra de mettre en place le système informatique, et les parents étant déjà en congé pourront bénéficier du congé supplémentaire à la suite de leur congé maternité, paternité ou d'adoption.

De nombreuses personnes ont organisé leur vie pour les mois à venir en anticipant ce congé supplémentaire. On ne peut décemment pas leur répondre que sa mise en place est décalée d'un an, car cela revient évidemment à les priver du bénéfice de ce droit très attendu.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Nous avons nous aussi reçu beaucoup de courriers demandant l'application du nouveau congé dès 2026. Notre amendement prévoit donc que les parents puissent en bénéficier à partir du 1er juillet 2026.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS245 est défendu.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Je rappelle que le Gouvernement avait initialement proposé que la mesure s'applique au 1er juillet 2027. L'Assemblée avait souverainement décidé que ce congé entrerait en vigueur le 1er janvier 2026. Le Sénat a réussi à faire un petit peu mieux que le Gouvernement en proposant le 1er janvier 2027. Il est donc possible de faire des gestes puisque même les sénateurs en sont capables.

Nous considérons que nous disposons de tous les outils nécessaires, notamment administratifs, pour appliquer la mesure de manière très efficace et très rapide. C'est la raison pour laquelle nous proposons que ce congé s'applique dès le 1er janvier 2026.

Mme Isabelle Santiago (SOC). Comme beaucoup, nous sommes favorables à une application dès le 1er janvier 2026. L'amendement de repli AS233 propose la date du 1er juillet 2026. Dans un contexte de faible taux de natalité, beaucoup de Français nous ont fait savoir qu'ils attendent cette mesure et notre réponse.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS298 est défendu.

Mme la rapporteure. J'ai moi aussi reçu beaucoup de courrier et, comme vous, je souhaiterais qu'on puisse bénéficier de ce congé de naissance le plus tôt possible. Cependant, prévoir qu'il pourra être pris dès le 1er janvier 2026 est un vœu pieux. En effet, ce texte est encore en discussion et on ne sait pas quels seront les paramètres finalement retenus.

Certains d'entre vous ne veulent pas entendre que la mise en place d'Arpège soulève des difficultés. Pourtant, son utilisation a dû être suspendue en raison de nombreux dysfonctionnements dans les deux départements où il a commencé à être déployé, des personnes n'ayant pas pu obtenir le versement de leurs indemnités journalières pendant quelques semaines. Il faut distinguer le possible du souhaitable : il va falloir procéder à des adaptations d'Arpège pour tenir compte du nouveau congé. De plus, n'oublions pas que les entreprises vont aussi devoir développer des logiciels spécifiques.

Je suis très prudente et je ne souhaite pas qu'on fasse des promesses qu'on ne pourra pas tenir. C'est pourquoi mon amendement prévoit d'ouvrir le bénéfice du congé de naissance aux parents dont les enfants sont nés ou adoptés au plus tard à compter du 1er avril 2027.

Avis défavorable à tous les autres amendements.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'utilisation d'Arpège n'a pas été suspendue ; c'est sa généralisation qui a été différée. Ce logiciel reste employé en Vendée et en Loire-Atlantique alors qu'on constate depuis des années que des problèmes ne sont pas résolus. Des assurés n'obtiennent pas le versement de leurs indemnités journalières, et cela concerne particulièrement les femmes en congé de maternité ou qui travaillent à temps partiel. Il ne faut surtout pas que les Cpam utilisent Arpège pour le congé de naissance. Rien ne nous y oblige et j'invite chacun à plaider pour l'utilisation d'un autre logiciel. Dans le passé, d'autres évolutions de droits ont pu être intégrées dans le logiciel actuel des Cpam.

M. le rapporteur général. Je suis favorable à ce nouveau droit. Il est nécessaire d'investir de nouveau dans notre politique familiale et ce congé y contribue d'une belle manière.

Il n'y a aucune manœuvre du Gouvernement. Il était initialement prévu que le dispositif s'applique au début de 2027. Lors de l'examen du texte par l'Assemblée en première lecture, un amendement prévoyant une application au 1er janvier 2026 a été adopté en séance, malgré des objections relatives aux

difficultés techniques de mise en œuvre. Il ne suffit pas d'inscrire une mesure dans la loi pour qu'elle s'applique. Ce n'est pas sérieux. C'est d'ailleurs pour des raisons pratiques que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 avait prévu que l'allongement du congé de paternité ne s'appliquerait pas dès le 1er janvier de cette même année.

Je suis très sensible aux demandes de parents qui souhaitent bénéficier du congé supplémentaire de naissance dès janvier. J'aimerais pouvoir leur dire oui, mais cela reviendrait à les trahir doublement : on n'est pas capable d'appliquer la mesure aussi vite et nous risquerions de les mettre dans une situation difficile. Il faut écouter les administrations lorsqu'elles déclarent qu'elles ne sont pas prêtes.

Si les adaptations sont faites plus rapidement que prévu, on pourra avancer l'application au 1er janvier plutôt qu'au 1er avril 2027, date proposée par la rapporteure. Mais ne plaçons pas les bénéficiaires dans une situation incertaine.

Encore une fois, vouloir appliquer la mesure dès le 1er janvier 2026 n'est techniquement pas possible, car toutes les modalités du congé supplémentaire de naissance ne sont pas encore définitivement fixées – ce dont témoignent les amendements sur son fractionnement éventuel. Il n'est donc pas possible d'entamer dès à présent les travaux de modification des systèmes d'information.

Mme la rapporteure. J'ai bien entendu l'argument selon lequel il ne serait pas nécessaire de passer par Arpège. Je n'en sais rien et je vais donc interroger le ministère pour savoir s'il est possible d'avoir recours à d'autres solutions techniques, afin de vous répondre en séance.

*La commission **rejette** successivement les amendements AS297 et AS296.*

*Puis elle **adopte** les amendements identiques AS95, AS245, AS341 et AS392.*

*En conséquence, les amendements AS233, AS298 et AS612 **tombent**.*

*La commission **adopte** l'article 42 **modifié**.*

Article 42 *bis* (nouveau) *: Inclure dans la protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité les frais médicaux engagés pour l'ensemble des soins réalisés auprès des nouveau-nés pendant leur séjour à la maternité*

Amendement de suppression AS547 de Mme Anne Bergantz

Mme la rapporteure. Je propose de supprimer cet article car il convient de vérifier qu'il correspond à un véritable besoin.

Le dispositif proposé ne concerne pas l'amélioration de l'indemnisation. Il s'agirait plutôt de régler un problème administratif entre les établissements de santé et la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le retard d'affiliation d'un nouveau-né à la sécurité sociale, auquel l'article entend répondre, est en réalité très rare.

En effet, pendant les douze jours qui suivent sa naissance, les soins qui lui sont dispensés sont facturés sur le numéro de sécurité sociale de la mère et pris en charge par l'assurance maternité. À partir du douzième jour, le nouveau-né a, en principe, obtenu un numéro de sécurité sociale à la suite de la déclaration de sa naissance à l'état civil. Il est alors affilié au régime de sécurité sociale de ses parents, les soins qui lui sont dispensés sont pris en charge par l'assurance maladie et ils sont facturés sur son numéro de sécurité sociale.

L'article propose de prolonger à trente jours la durée pendant laquelle les soins d'hospitalisation d'un nouveau-né sont pris en charge par l'assurance maladie, afin de faciliter, même en cas de retard d'affiliation, le paiement des actes réalisés aux professionnels de santé.

En réalité, la disposition proposée pourrait conduire à une distorsion en matière de prise en charge selon que les soins sont prodigués à l'hôpital ou en ville.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

En conséquence, l'article 42 bis *est* ***supprimé****.*

Article 42 ***ter*** **(nouveau)** : *Maintenir la majoration pour âge des allocations familiales à 14 ans*

Amendement de suppression AS548 de Mme Anne Bergantz

Mme la rapporteure. Notre politique familiale s'est construite en juxtaposant des dispositifs, année après année. Il me semble indispensable de s'interroger sur leur pertinence, faute de quoi nous serions condamnés à additionner des prestations sans tenir compte des évolutions de la société ou des besoins des familles.

Dans une étude analysant le coût de l'enfant en fonction de son âge, publiée en 2023, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a estimé qu'« *il apparaît plus pertinent de ne pas traiter l'enfant de moins de 14 ans différemment de celui de 14 ans ou plus* ». La même étude indiquait que « [s']*il faut choisir un seuil, celui de 18 ans paraît aujourd'hui également pertinent* [...]*, d'autant plus qu'il correspond à la majorité et à l'entrée éventuelle dans l'enseignement supérieur* ».

J'ajoute que la majoration pour âge des allocations familiales à 14 ans était assez injuste puisque, outre le fait que les allocations familiales ne sont pas versées aux familles comptant un seul enfant, cette majoration ne concernait qu'un enfant pour les familles ayant deux enfants alors qu'elle s'appliquait à tous les enfants pour celles en comptant au moins trois.

Enfin, aucune famille percevant déjà des allocations familiales majorées pour des enfants âgés de 14 ans ou plus ne sera pénalisée par le projet du Gouvernement consistant à décaler à 18 ans l'âge retenu pour la majoration.

La commission ***adopte*** *l'amendement.*

En conséquence, l'article 42 ter *est* ***supprimé****.*

Article 42 ***quater*** **(nouveau)** : *Exclure certaines indemnités du calcul du plafond horaire de rémunération conditionnant le bénéfice du complément de libre choix du mode de garde*

La commission ***adopte*** *l'article 42* quater ***non modifié****.*

Article 42 ***quinquies*** **(nouveau)** *: Conditionner le bénéfice du complément de libre choix de mode de garde à l'utilisation du dispositif Pajemploi +*

La commission ***adopte*** *l'article 42* quinquies ***non modifié****.*

Article 43 : *Rationaliser et simplifier le cumul emploi-retraite*

Amendements de suppression AS227 de Mme Ségolène Amiot et AS342 de M. Christophe Bentz

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'adoption de l'article 43 validerait le report à 64 ans de l'âge d'ouverture des droits à la retraite. Pour ceux qui l'auraient oublié, l'Assemblée nationale n'a jamais voté une telle mesure et le pays – citoyennes, citoyens, travailleuses, travailleurs, syndicats – y reste unanimement opposé. Peu importe comment vous essayez de nous la faire gober, nous n'acceptons pas cette réforme.

Vous voulez inciter les salariés à opter pour la retraite progressive. S'ils se saisissaient de cette possibilité dès 58 ans pour partir à 60, ce serait une bonne chose, mais il n'en va évidemment pas de même s'il s'agit d'y recourir à 63 ans pour partir à 64 ! L'article vise plus précisément à écrêter la pension à hauteur de 100 % des revenus en cas de reprise d'activité avant 64 ans, pour rendre le dispositif de retraite progressive plus attractif. Or ce dernier n'est accessible qu'à certaines conditions restrictives. Comme il n'existe aucun droit opposable à la retraite progressive, le salarié ne peut notamment en bénéficier que s'il reçoit l'aval de son employeur : celui-ci ne peut pas s'opposer formellement à sa demande, mais il peut refuser de lui délivrer une autorisation de travail à temps partiel.

Enfin, si vous avez besoin des 1,9 milliard d'euros d'économies que cet article est censé rapporter, nous avons plein d'idées à partager pour vous aider à les trouver.

M. Jérôme Guedj, suppléant Mme Sandrine Runel, rapporteure pour la branche vieillesse. Les personnes qui bénéficient du cumul emploi-retraite ne correspondent pas forcément à l'image qu'on peut s'en faire, à savoir des retraités modestes, souvent des femmes, aux carrières hachées. En réalité, un petit tiers d'entre elles affichent un salaire de cumul important – près de 20 000 euros par an – et perçoivent des pensions plus élevées que la moyenne.

Le rendement attendu de cette mesure – environ 400 millions d'euros dès 2027 – paraît en outre nécessaire. Avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS469 de M. Dominique Potier

Mme Isabelle Santiago (SOC). L'amendement est défendu.

M. le rapporteur suppléant. En réponse à une demande de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA), l'amendement vise à mettre fin à une situation de distorsion sociale qui empêche les anciens exploitants agricoles de cumuler leur retraite avec une activité relevant du régime de non-salarié agricole, à moins de réduire leur surface d'exploitation en deçà d'une certaine superficie. J'y suis favorable.

M. le rapporteur général. La caisse centrale s'est-elle exprimée sur ce point au cours des concertations préalables à l'examen du texte ? Je n'ai jamais eu vent d'un tel problème.

M. Philippe Vigier (Dem). Il ne s'agit pas tant de remédier à une distorsion que d'empêcher les exploitants de poursuivre leur activité sous une forme juridique différente tout en percevant une retraite, alors qu'ils devraient normalement céder leurs terres.

M. le rapporteur suppléant. Je confirme par ailleurs que cette question est régulièrement évoquée par la MSA.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS238 de Mme Sandrine Runel

Mme Martine Froger (SOC). Nous proposons d'avancer l'entrée en vigueur de la réforme du cumul emploi-retraite du 1er janvier 2027 au 1er juillet 2026, afin de générer environ 200 millions d'euros d'économies dès l'année prochaine.

M. le rapporteur suppléant. J'y suis favorable, même si la direction de la sécurité sociale (DSS), que nous avons consultée, estime qu'il sera difficile pour les caisses de respecter cette échéance. Je sais que le rapporteur général n'aime pas qu'on mette les administrations sous pression pour appliquer nos décisions, mais soyons ambitieux.

M. le rapporteur général. Au risque de vous surprendre, je suis très exigeant à l'égard des administrations. Seulement, je suis aussi réaliste. La DSS nous a fait savoir que les caisses ne pourraient pas être prêtes au 1er juillet 2026 : il faut d'abord que les administrations concernées prennent les décrets, puis que les caisses fassent tourner leurs logiciels de calcul en vue d'un éventuel écrêtement de la pension tous régimes. Tous ceux qui ont travaillé sur ces questions savent

combien elles sont complexes ; les erreurs de calcul sont d'ailleurs si fréquentes qu'elles concernent une pension sur cinq. Il me semble donc préférable de nous en tenir au calendrier prévu.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Puis elle ***rejette*** *l'article 43.*

Article 43 ***bis*** **(nouveau)** : *Ajustements techniques concernant la mise en œuvre de la réforme du mode de calcul des pensions de retraite des non-salariés agricoles*

La commission ***adopte*** *l'article 43* bis ***non modifié***.

Article 44 : *Stabiliser le montant des prestations sociales, dont les pensions*

Amendements de suppression AS158 de Mme Sandrine Rousseau, AS230 de M. Damien Maudet, AS241 de Mme Sandrine Runel, AS343 de M. Thomas Ménagé et AS395 de M. Yannick Monnet

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Sans surprise, nous sommes contre le gel des prestations sociales, d'où notre volonté de supprimer l'article.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Par l'amendement AS230, nous nous opposons effectivement à cette année blanche – ou plutôt cette année noire – pour les allocataires des prestations sociales. Vous avez refusé nos amendements visant à faire rentrer des recettes supplémentaires en allant chercher l'argent là où il est, c'est-à-dire en faisant contribuer les très hauts revenus, les entreprises et les multinationales. Il est hors de question de vous laisser maintenant faire les poches des assurés.

M. Christophe Bentz (RN). Le gel des pensions de retraite et des prestations sociales reste, comme en première lecture, une profonde injustice. Le Sénat a voulu le réintroduire partiellement. Étant cohérents, par l'amendement AS343 nous demandons de nouveau sa suppression.

M. le rapporteur général. L'article 44 ne revient pas du Sénat dans sa version originale. Trois modifications principales ont été apportées : l'allocation aux adultes handicapés est exclue du champ de l'article ; le gel préserve les retraités percevant une pension inférieure à 1 400 euros ; la sous-indexation pluriannuelle des retraites pour les années 2027 à 2030 est supprimée – or, comme je l'avais souligné en premier lecture, l'année blanche n'a de sens que si elle reste exceptionnelle.

Il nous faut toutefois reconnaître un fait politique survenu en première lecture, à savoir le rejet de l'article par l'Assemblée, par 308 voix contre 99. L'article 44 constitue clairement un irritant majeur, qui avait d'ailleurs expliqué en partie la censure du gouvernement de Michel Barnier et nous avait empêchés

d'adopter une loi de financement pour 2025. Je ne souhaite pas qu'il en aille de même pour 2026.

Serait-il opportun de fixer un curseur au-delà duquel le gel s'appliquerait ? Même si, pour ma part, je me méfie des effets de seuil créés par les revalorisations différenciées – quel est le bon niveau, faut-il familialiser ou conjugaliser les revenus des personnes concernées –, il me semblerait important que nous puissions en discuter. Une autre possibilité pourrait consister à ne revaloriser les prestations qu'en cours d'année, et non au 1er janvier. Si nous supprimons l'article, nous ne pourrons pas débattre de ces questions.

Le chemin du compromis est encore très long. C'est pourquoi j'émets un avis de sagesse sur ces amendements de suppression, en précisant à Mme Rousseau que l'article ne concerne pas les seules prestations sociales : ses effets budgétaires seraient principalement liés au gel des retraites, qui permettrait de réaliser près de 2,5 milliards d'euros d'économies, alors que la plupart des prestations sociales, étant versées à travers le projet de loi de finances ou par les collectivités locales, n'affectent pas le solde de la sécurité sociale.

Mme Annie Vidal (EPR). Il me semble que nous pourrions essayer de débattre de cet article et d'aller au-delà de la proposition de dégel avancée par le Sénat. Nous sommes plusieurs à avoir travaillé pour tenter de nous accorder sur un seuil supérieur à 1 400 euros et à estimer que le gel ne devrait pas concerner l'ensemble des allocations et prestations. Si nous en discutions, nous pourrions atténuer l'impact de cet article.

Mme Justine Gruet (DR). Nous avions déposé un amendement, qui ne sera probablement pas examiné, visant à limiter le gel aux seules prestations sociales, afin de valoriser le travail plutôt que l'assistanat – d'autant que certaines allocations sont finalement exemptées de la mesure.

M. Philippe Vigier (Dem). Par définition, si nous supprimons l'article, nous ne pourrons pas en discuter. Or il faut savoir distinguer entre ce qui est souhaitable et ce qui est faisable, et examiner raisonnablement les possibilités qui s'offrent à nous.

Il est arrivé, par exemple en 2009 et en 2015 – donc sous des majorités de sensibilités différentes –, que les députés décident de ne revaloriser les retraites qu'à compter du 1er juillet ou du 1er octobre. Peut-être pourrions-nous nous entendre sur une mesure similaire, dont l'impact sur les finances publiques serait moindre.

J'estime par ailleurs que les sénateurs ont placé le curseur un peu bas. En le fixant à 1 800 euros par exemple, on épargnerait 65 % des retraités tout en faisant quelques économies. Dans le contexte difficile que chacun connaît, et alors que de nombreux salariés ont du mal à boucler leurs fins de mois, demander aux retraités qui perçoivent 3 000 ou 4 000 euros de faire un effort pourrait être perçu comme une mesure de justice fiscale et sociale.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je ne me suis pas demandé à partir de quel montant on pouvait racketter les gens. Les pensions versées aux retraités ne sont pas un don ou un acte de charité, mais un droit qu'ils ont acquis en cotisant par leur travail, pendant des décennies, avec l'engagement de toucher à la fin une pension de retraite dont ils pouvaient anticiper le montant. Vous proposez de rompre le contrat d'une vie entière au prétexte d'une décision conjoncturelle prise dans je ne sais quelle officine macroniste.

En fixant le seuil à 1 400 euros, vous gèleriez la rémunération d'environ 55 % des retraités. Or entre les loyers, les assurances et les dépenses contraintes, ceux qui touchent moins de 1 500 ou 1 600 euros galèrent : ils finissent le mois sans rien et le moindre pépin, le moindre événement imprévu les met dans le rouge, les obligeant à s'endetter – il est vrai que vous voulez aussi liquider le droit au découvert bancaire, mais passons.

Soyons sérieux : les gens ont droit à l'argent pour lequel ils ont cotisé leur vie entière. N'y touchons pas.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Je crois que vos termes, à cette heure tardive, ont dépassé votre pensée. Il ne s'agit nullement de racketter qui que ce soit, mais de parvenir, grâce à un effort collectif, à adopter un budget présentant le déficit le moins élevé possible. C'est aussi une question de justice sociale, thème qui vous est cher : on peut estimer qu'à partir d'un certain niveau de revenus, il est possible non pas de diminuer les pensions, mais de les geler exceptionnellement. Sachant que l'inflation devrait s'établir à 1,3 % en 2026, on demanderait ainsi un effort – je ne le nie pas – d'environ 17 euros pour un retraité percevant 1 700 euros.

J'ai bien compris qu'il serait difficile d'en discuter ce soir, puisque les amendements de suppression risquent d'être adoptés, mais très sincèrement, dans une situation si compliquée, et alors que ceux qui travaillent doivent faire des efforts, il n'y a rien d'incongru à imaginer faire participer les retraités qui gagnent le plus. Je rappelle que près de la moitié des salariés gagnent moins de 1 700 euros.

M. Christophe Bentz (RN). Je vous confirme, monsieur le rapporteur général, que cet article est le point irritant majeur du texte et que le gouvernement Barnier est tombé en très grande partie pour avoir défendu une mesure semblable.

Il est vrai que le Sénat a exclu du gel les pensions de retraite inférieures à 1 400 euros, mais ce montant est inférieur au Smic, soit 1 426 euros net. Il serait absurde que des personnes qui gagnent moins que le smic ne voient pas leur pension revalorisée au 1er janvier. La mesure proposée est scandaleuse.

M. Yannick Monnet (GDR). Ceux qui défendent ce type de mesures assurent le faire avec calme et sérénité, dans l'objectif affiché de trouver du consensus. Je serais prêt à en discuter si vous faisiez preuve du même souci du compromis quand nous suggérons d'imposer les plus hauts revenus, mais ce n'est pas le cas. Lorsqu'il s'agit de taxer les dividendes de 2 %, par exemple, il n'y a plus aucune discussion possible.

Modérez vos réponses à certaines de nos propositions et nous pourrons peut-être discuter de ce genre d'articles, même si je doute que nous tombions d'accord.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Le vote qui s'annonce est certainement le plus important de la journée.

Vous essayez de taper les petits parce que vous avez préservé les gros. Après avoir organisé pendant huit ans le déficit de la sécurité sociale – en multipliant les exonérations de cotisations patronales et en refusant de mettre à contribution les hauts revenus, les compléments de loyer et le capital –, voilà que vous vous en prenez aux prestations sociales et aux pensions de retraite des classes populaires et moyennes ! C'est inacceptable. Pensez-vous réellement que les habitants de vos circonscriptions souhaitent que vous preniez dans les poches des petits parce que vous ne voulez pas toucher aux gros ?

Il faut absolument adopter ces amendements de suppression.

M. Jérôme Guedj (SOC). Je l'ai dit à plusieurs reprises : nous devons dégager des recettes, car certaines économies proposées sont problématiques – celle-ci particulièrement. Le gel des prestations sociales doit rapporter 3,6 milliards. De ce point de vue, l'article 44 est l'un des plus importants. Certains voudraient que le gel ne s'applique qu'au-delà d'un certain seuil, mais à partir de quel montant considérez-vous qu'un retraité est riche ? Voulez-vous vraiment ouvrir ce débat dans le pays ? Ce serait envoyer un message terrible. À 1 euro près, certains verront leurs prestations gelées, pour des montants non négligeables. J'espère que nous parviendrons à dégager des recettes en séance pour éviter cette économie dont personne ne veut.

M. le rapporteur général. Je tiens à préciser que ce projet de loi n'est celui d'aucun groupe – nous l'avons bien vu en première lecture. Prenez les votes sur l'article 6 : même le bloc central n'a pas soutenu le gel du barème de la contribution sociale généralisée (CSG) tel qu'il avait été imaginé. Il en est de même pour le principe de l'année blanche qui a été posé sur la table. Certains y voient le principal irritant et il sera vraisemblablement supprimé. J'espère qu'en supprimant la quasi-totalité des irritants, nous permettrons à la France d'avoir un budget de la sécurité sociale. Je vous laisse méditer cette question pendant la nuit.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 44 est ***supprimé*** *et les amendements AS134 de Mme Ségolène Amiot et AS187 de Mme Sandrine Rousseau, les amendements identiques AS39 de M. Laurent Wauquiez et AS232 de M. Hadrien Clouet, AS138 de M. Jean-Hugues Ratenon, AS516 de M. Philippe Vigier, AS232 de M. Hadrien Clouet, AS236 de Mme Ségolène Amiot, AS217 de Mme Sandrine Rousseau, AS384 de Mme Marie-Charlotte Garin, les amendements identiques AS145 de M. Damien Maudet et AS246 de Mme Sandrine Rousseau, les amendements identiques AS151 de Mme Ségolène Amiot et AS244 de Mme Sandrine Rousseau ainsi que les amendements AS221 et AS247 de Mme Sandrine Rousseau* ***tombent****.*

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

La commission ***adopte*** *l'article 45* ***non modifié****.*

Article 45 ***bis*** **(supprimé)** : *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*

Amendements identiques AS251 de M. Boris Vallaud et AS344 de M. Thomas Ménagé

M. Elie Califer (SOC). L'amendement AS251 du groupe Socialistes et apparentés vise à rétablir la suspension, votée par l'Assemblée nationale, de la réforme des retraites. Il intègre les départs anticipés – carrières longues, catégories actives –, les assurés nés au premier trimestre 1965 et ceux qui résident à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte. Plus de 70 % des Français rejettent la réforme des retraites injuste d'Élisabeth Borne ; comme eux, nous demandons une réparation démocratique.

M. Christophe Bentz (RN). Quand nous avons appris que la droite sénatoriale avait supprimé la suspension de la réforme des retraites, nous l'avons vécu comme une provocation – car pardon, mais cette droite participe au Gouvernement. Un pacte a été conclu entre le Gouvernement et le Parti socialiste pour convenir d'une mesure qui, pour nous, était mieux que rien. Nous sommes favorables à l'abrogation de cette réforme, et dans l'immédiat, par l'amendement AS344 nous voulons restaurer sa suspension.

M. Jérôme Guedj, suppléant Mme Sandrine Runel, rapporteure pour la branche vieillesse. J'ai bataillé contre la réforme des retraites en 2023, et je me félicite du compromis qui a été trouvé autour de sa suspension pour une durée qui enjambe la prochaine élection présidentielle. Chacun d'entre nous, convaincu du bien-fondé de ses positions, peut avoir confiance dans le rendez-vous démocratique de 2027 pour obtenir gain de cause.

La suspension s'appliquerait à la réforme dans son ensemble : nous reviendrions ainsi à un départ à la retraite à 62 ans et 9 mois avec 170 trimestres pour la génération née en 1964. Un amendement du Gouvernement étend la suspension aux assurés nés au premier trimestre 1965, à ceux qui bénéficient d'un départ anticipé au titre du dispositif pour longues carrières, inaptitude et invalidité, aux assurés relevant des catégories actives et superactives ainsi qu'aux assurés de Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Je le répète, je suis favorable au rétablissement de la suspension de la réforme des retraites. J'espère que mon avis sera suivi, ce qui attestera de la disponibilité de notre assemblée – je n'ai pas la négociation et le compromis honteux – et participera de l'issue possible du PLFSS.

M. Philippe Vigier (Dem). Je voterai la suspension et le décalage de la réforme. Si nous voulons un budget pour la sécurité sociale, il faut s'en donner les moyens et faire des pas les uns vers les autres – celui-ci est important.

Certains nous ont reproché de ne pas faire d'effort : c'est faux. J'en veux pour preuve notre amendement relatif aux cotisations sociales sur les compléments de rémunération. Nous avons aussi ouvert une voie, dans l'hémicycle, en proposant de relever la *flat tax* de 2 points plutôt que d'augmenter la CSG sur les revenus du patrimoine. Et ne dites pas, madame Simonnet, que nous protégeons les riches, car quand on gèle les retraites à partir de 1 700 euros, on met les riches à contribution

M. Yannick Monnet (GDR). Je voterai les amendements et l'article, mais soyons clairs : ils ne suspendront pas la réforme mais décaleront son entrée en vigueur. Si la réforme était vraiment suspendue, elle ne s'appliquerait plus et il faudrait un acte politique pour la réintroduire.

Considérons-nous que ce décalage est un geste suffisant pour voter le PLFSS ? C'est un autre débat, que nous devrons avoir dans l'hémicycle.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Il y a apparemment une nouvelle percée dans la physique quantique, puisqu'on peut en même temps suspendre et décaler un objet – en l'occurrence, une réforme des retraites... Soyons sérieux : il ne s'agit pas ici d'une suspension mais d'un décalage. L'Assemblée nationale n'a jamais voté le départ à 64 ans pour qui que ce soit, et vous voudriez qu'elle approuve le calendrier de mise en œuvre de cette mesure dénuée de toute légitimité. Le pays s'est intégralement mobilisé contre le départ à 64 ans et est prêt à recommencer. Jamais – je dis bien jamais, au sens le plus absolu – les Insoumis ne voteront un âge de départ à 64 ans.

Par ailleurs, je n'ai toujours pas bien compris comment la mesure serait financée. Il a d'abord été question de faire les poches des malades en augmentant les franchises médicales, puis de geler les pensions de retraite – mais cela a été repoussé. Nos collègues socialistes ont finalement voté la taxe sur les mutuelles et les assurances. C'est donc cela, le financement caché : les 95 % de personnes qui ont une assurance ou une mutuelle payeront le décalage de la réforme.

Mme Justine Gruet (DR). Nous arrivons au terme de cette partie du PLFSS consacrée aux dépenses. Dans notre volonté de diminuer les dépenses, nous avons un travail de fond à mener pour réduire le coût d'un fonctionnement trop bureaucratique – je ne parle évidemment pas des infirmiers et des aides-soignants, pour faire écho aux débats de tout à l'heure. Il faut une réforme de fond de l'organisation du système de soins.

Puisque les prestations sociales n'ont pas été gelées, nous avons peu parlé de l'assistanat et des personnes qui ne contribuent pas au système mais en bénéficient. Nous avons essayé de limiter les taxes supplémentaires mais nous avons eu peu de leviers pour jouer sur les dépenses ; en définitive, nous choisissons la facilité en suspendant ou en décalant des réformes structurelles. Il faut plutôt

engager un travail de long terme pour réduire les dépenses de fonctionnement, de gestion et d'administration et, je le répète, mener une réforme structurelle. Si nous avions le même taux d'emploi que l'Allemagne, notre système social s'en porterait bien mieux.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Nous soutenons ces excellents amendements. Au Rassemblement national, on ne saute pas de joie au plafond à l'idée de décaler la réforme des retraites plutôt que de la suspendre. Cela ne fait que rendre trois petits mois aux Français, mais c'est toujours mieux que rien. Pour autant, les calculs ne sont pas bons. D'un côté, on nous dit que la suspension de la réforme coûtera 500 millions d'euros en 2026 ; de l'autre, la facture est salée pour les Français puisque vous proposez d'augmenter les cotisations sur les assurances vie, les plans d'épargne logement, les plans d'épargne en actions et les comptes épargne logement, c'est-à-dire sur la petite épargne et le petit patrimoine que se constituent les Français, en particulier les jeunes qui commencent à travailler. Vous avez multiplié les hausses de cotisations sur les jeunes apprentis, les aides à la création ou à la reprise d'entreprises. Nous voterons la suspension de la réforme des retraites, mais cela ne nous empêchera pas de nous opposer à ce budget de punition.

M. Hendrik Davi (EcoS). Nous ne voterons pas ces amendements pour deux raisons : d'abord parce qu'ils décalent une réforme que, ce faisant, ils entérinent, ensuite parce que ce décalage sera financé en grande partie par une surtaxe des complémentaires santé qui se répercutera sur les mutuelles des retraités. Vous avez refusé tous les financements justes, à part une très légère augmentation de la CSG. En revanche, vous demandez à l'ensemble des retraités de financer une suspension qui concerne 400 000 personnes. Par égard pour ces dernières, nous ne voterons pas contre la suspension mais nous nous abstiendrons.

Mme Annie Vidal (EPR). Ce n'est pas un scoop : notre groupe n'est pas favorable à la suspension de la réforme des retraites. Toutefois, le Premier ministre a versé cet élément au débat parlementaire et nous le respectons. Nous avons souhaité que le débat ait lieu sur ce sujet comme sur bien d'autres, c'est pourquoi nous nous abstiendrons. Malheureusement, nous n'avons pas constaté la même ouverture à la discussion concernant les autres articles ; il y a même eu un certain blocage lorsqu'il s'est agi de débattre d'améliorations du texte initial, mais telle est la règle du Parlement.

Une chose est sûre : ce débat sera à l'ordre du jour de l'échéance électorale de 2027. La suspension de la réforme permettra à chacun de se réapproprier cette thématique qui sera tranchée à un autre niveau que celui du Parlement.

Mme Martine Froger (SOC). Au-delà du débat sémantique entre suspension et décalage, la vraie question est de savoir si cet article permettra à des travailleurs usés par leur carrière – infirmiers, maçons, charpentiers... – de partir trois mois plus tôt à la retraite. La réponse est oui. Vous discutez de la définition des mots dans le dictionnaire ; pour notre part, nous nous battons pour la vie des gens. La priorité est de prendre sa retraite trois mois plus tôt quand on est fatigué.

M. le rapporteur suppléant. La sémantique, je m'en fiche. Vous pouvez appeler cela « suspension », « gel », « report », « pause », « décalage », « glissement calendaire » … Tous les mots sont valables et correspondent à ce qui est écrit dans le texte. En 2026 et 2027, par rapport à la réforme Borne, deux contingents de 650 000 personnes bénéficieront d'un abaissement de l'âge légal de départ de trois ou six mois et d'une réduction de la durée de cotisation d'un ou deux trimestres.

Ce n'est pas l'idéal que les uns ou les autres défendent – j'ai entendu vos arguments. Je me suis moi-même battu contre la réforme en 2023, mais l'occasion politique m'est donnée d'en limiter l'application et je la saisis, car j'ai confiance en 2027 : nous saurons provoquer le débat et engager une autre réforme des retraites. Je n'ai pas peur de l'échéance de 2027. S'opposer à cette suspension, c'est trahir une avancée que nous avons obtenue. C'est aussi un signe de fébrilité et de manque de confiance dans ce que nous pourrons construire en 2027. Je prends ce qui peut l'être à l'instant T pour des salariés qui, sinon, devront travailler trois mois de plus et cotiser un trimestre supplémentaire. Dans une négociation – n'importe quel syndicaliste en a l'habitude –, on peut demander cent, mais si on obtient cinquante, on ne fait pas la fine bouche, on les prend : c'est du concret pour aujourd'hui, pas du rêve pour demain.

La commission ***adopte*** *les amendements.*

En conséquence, l'article 45 bis *est* ***ainsi rétabli****.*

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*

La commission ***adopte*** *l'article 46* ***non modifié****.*

Article 47 : *Dotations aux opérateurs financés par le sixième sous-objectif*

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission ***rejette*** *l'amendement de suppression AS11 de Mme Ségolène Amiot.*

Amendement AS252 de Mme Sandrine Runel

Mme Martine Froger (SOC). Cet amendement vise à empêcher le gel des dotations accordées aux principaux opérateurs de santé, comme l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ou encore Santé publique France. Ces organismes jouent un rôle indispensable dans le fonctionnement du système de santé et la réduction de leurs moyens affaiblirait leurs missions.

M. le rapporteur général. Pour ma part, je préférerais que l'année blanche concerne les opérateurs, qui devraient montrer l'exemple, plutôt que les retraités.

Jusqu'en février dernier, nous ne savions pas exactement ce que l'assurance maladie versait à ces institutions. Depuis, les montants sont indiqués et nous pouvons, pour la première fois, constater les évolutions. Je plaide à cet égard pour que nous ayons un regard organisme par organisme.

Par exemple, je ne suis pas favorable à la baisse de 2 millions d'euros des crédits affectés à l'Établissement français du sang (EFS), baisse sur laquelle cet amendement ne revient pas étant donné qu'il vise à revenir à la version initiale du texte.

Concernant l'Agence nationale du développement professionnel continu, plusieurs rapports ont été élaborés et je travaille moi-même à une proposition de loi visant à transférer certaines de ses missions à la Haute Autorité de santé. En conséquence, je ne crois pas justifié d'allouer à cette agence 10 millions d'euros supplémentaires.

S'agissant ensuite de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ses représentants m'ont précisé que la très légère augmentation de crédits dont l'organisme bénéficie correspond au recrutement de 5 équivalents temps plein, destinés à remplir les nouvelles missions qui lui ont été confiées.

En revanche, faire passer la dotation de Santé publique France de 320 à 390 millions d'euros représenterait une hausse très inhabituelle. Des arguments, liés notamment à la fameuse question des stocks stratégiques, m'ont été donnés, mais la progression me semblerait énorme dans le contexte budgétaire que nous connaissons et alors que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est limité. Il convient donc d'y réfléchir. Peut-être pouvons-nous augmenter les crédits de cette institution, mais dans une moindre proportion ?

En définitive, nous sommes bloqués. Par exemple, nous ne pouvons pas accorder davantage de moyens à l'EFS. J'invite donc le Gouvernement, en séance, à fournir des fonds supplémentaires là où ils sont nécessaires et à les réduire lorsque c'est possible ; c'est tout l'intérêt de nos débats.

Dans cette attente, je demande le retrait de cet amendement, faute de quoi je lui donnerai un avis défavorable.

La commission ***rejette*** *l'amendement.*

Puis elle ***adopte*** *l'article 47* ***non modifié****.*

Article 48 : *Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

La commission ***adopte*** *l'article 48* ***non modifié****.*

Article 49 (supprimé) : *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*

Amendements identiques AS581 de M. Thibault Bazin et AS266 de Mme Sandrine Runel, amendements AS268 et AS243 de Mme Élise Leboucher, amendement AS365 de Mme Sandrine Runel, amendements AS419, AS458 et AS459 de M. Hendrik Davi, amendements AS376 de Mme Sandrine Runel et AS265 de M. Damien Maudet (discussion commune)

M. le rapporteur général. Par mon amendement, je propose de rétablir cet article 49 tel que l'Assemblée l'a adopté en première lecture. Je crains en effet que le Sénat ait manqué de sagesse en supprimant cet article obligatoire relatif à l'Ondam. Il faut le rétablir pour que le PLFSS respecte nos règles organiques.

De plus, nous avions collectivement approuvé une hausse de l'Ondam hospitalier de 850 millions d'euros, ainsi qu'une enveloppe additionnelle de 150 millions pour le déploiement de France santé. Il convient de conserver ces sommes supplémentaires.

Enfin, j'indique par avance que je demanderai le retrait des autres amendements de cette discussion commune. Ce sont des amendements d'appel et je propose de nous en tenir à ce que nous avions voté en séance.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS266 est identique. Le texte initial prévoyait un Ondam en hausse de 2 milliards d'euros, ce qui était notoirement insuffisant. Nous étions convenus d'ajouter 1 milliard, raison pour laquelle la suppression totale de l'article par les sénateurs ne paraît pas judicieuse.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS268 vise à allouer 150 millions d'euros supplémentaires pour la rémunération des praticiens à diplôme hors Union européenne. Ce ne sont pas des sous-médecins et il n'y a aucune raison pour que leur salaire soit si bas par rapport à leurs homologues européens. Il est à mon sens grand temps de revenir sur cette discrimination.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement AS243 tend, lui, à accorder plusieurs rallonges très légères.

La première, de 1,1 milliard d'euros, correspond aux besoins dont ont fait état les fédérations et des syndicats hospitaliers. En effet, eu égard à leur niveau d'endettement, les hôpitaux, qui ne peuvent plus emprunter à la Caisse des dépôts, ne sont plus en mesure d'investir et ne disposent plus de fonds de roulement.

La deuxième, de 500 millions d'euros, est destinée aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), dont le déficit cumulé sur une année serait ainsi épongé.

Quant à la troisième, de 70 millions d'euros, elle permettrait simplement d'éviter la dégradation des comptes des établissements et services sociaux et médico-sociaux en 2026.

J'y insiste : c'est le minimum du minimum et je crois que nous pouvons nous entendre sur ces montants.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'an dernier, l'Assemblée a adopté un amendement visant à tripler le fonds d'urgence pour les Ehpad en difficulté financière, le portant de 100 à 300 millions d'euros. Dans la mesure où ces crédits ont été largement utilisés, nous proposons, par l'amendement AS365, de pérenniser ce fonds par un abondement de l'Ondam médico-social à hauteur de 200 millions. Ces crédits permettraient, d'une part, d'améliorer la qualité des repas, de lutter contre la dénutrition et de privilégier les circuits courts, sans pour autant accroître le tarif journalier et, d'autre part, d'ouvrir les Ehpad sur leur environnement et de les insérer dans la cité, de sorte qu'ils soient, au-delà de leurs résidents, des acteurs de proximité de l'accompagnement des fragilités.

M. Hendrik Davi (EcoS). *Mediapart* a publié ce soir un très bon article sur le cas d'une policière en parfaite santé qui, en 2018, est morte d'une infection à méningocoques, seule sur un brancard, dans la salle d'attente d'un hôpital, sans avoir reçu aucun soin. Nous connaissons tous de nombreux exemples de ce type, mais celui-ci est intéressant, car l'hôpital concerné était poursuivi et un jugement a été rendu. Le témoignage d'un infirmier est éclairant : « *À partir du mois de juin, nous avions plus de 300 passages par jour aux urgences. Nous avions fait un*

sondage auprès de l'équipe des paramédicaux : 70 % pensaient que la surveillance et la prise en charge des patients étaient dégradées. L'attente était de quatre à dix heures. Il y avait eu des faits de violence dans les urgences. La salle d'attente était tellement saturée que les soignants n'osaient même plus y mettre les pieds, car ils étaient trop sollicités par les patients et leurs familles. Nous avons alerté sur le manque de personnel, l'épuisement des équipes et une situation insoutenable. »

Voilà la réalité concrète que vivent les soignants et les patients. D'ailleurs, la Cour des comptes indique que pour suivre l'augmentation normale des dépenses de santé, l'Ondam devrait augmenter de 3,4 %, un niveau dont le PLFSS, dans sa version initiale, est très éloigné. Or si nous ne nous en rapprochons pas, les cas comme celui de cette policière se multiplieront.

C'est très bien si certaines personnes peuvent partir trois mois plus tôt à la retraite, mais le prix à payer, monsieur Guedj, sera la mort de certaines personnes dans les services d'urgences. Au bout du compte, il faut que le PLFSS inclue cette hausse de 3,4 % de l'Ondam. Je ne le demande pas par fétichisme : je refuse de cautionner de telles situations à l'hôpital.

M. Jérôme Guedj (SOC). Cette vaste discussion commune est aussi l'occasion d'aborder un sujet dont tout le monde parle, mais qui n'est pas d'ordre législatif : les franchises médicales, que le Gouvernement envisage de doubler par décret pour obtenir une économie de 2,3 milliards d'euros.

Sur ce point, notre position est claire. Soit le Gouvernement souhaite maintenir cette baisse et il doit alors s'engager à ne pas doubler les franchises et trouver des économies sur l'efficience ou toute autre chose qui n'aurait pas d'impact sur la qualité des soins ou sur le reste à charge des assurés sociaux ; peut-être y a-t-il encore des marges de manœuvre. Soit le Gouvernement ne baisse tout simplement pas l'Ondam relatif aux soins de ville, ce que nous proposons par l'amendement AS376. Je vous invite à le voter pour signifier notre refus du doublement des franchises médicales.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Par l'amendement AS265, nous souhaitons redonner un tout petit peu d'oxygène aux hôpitaux, en reprenant les 36 milliards d'euros de dette qu'ils ont contractée auprès des banques privées, seules vers lesquelles ils peuvent se tourner après des années d'austérité. Si vous regardez les réseaux sociaux et les journaux, vous constaterez que les établissements ne tiennent plus qu'avec des bouts de ficelle et du scotch : ce sont les soignants eux-mêmes qui le disent. Or comme le scotch ne tient pas très longtemps, un hôpital s'est récemment retrouvé inondé par ses propres eaux ! Il est grand temps de permettre aux hôpitaux de réinvestir dans les bâtiments, le matériel et les personnels.

M. le rapporteur général. Tous ces amendements d'appel sont légitimes, y compris le dernier déposé par le groupe LFI. Il est en effet intéressant de réfléchir au désendettement des hôpitaux.

Je m'étais déjà exprimé en première lecture sur chacune de ces propositions. Pour ne pas allonger les débats, je ne répéterai pas ce soir mes réponses, que certains m'avaient d'ailleurs reprochées. Je vous invite à retirer ces amendements et à les redéposer pour le retour du texte en séance. Ce qui est certain, c'est qu'il faut rétablir cet article car, dans le cas contraire, l'Ondam serait non seulement dépourvu de moyens supplémentaires, mais serait totalement vidé et il n'y aurait donc plus de budget de la sécurité sociale.

M. Philippe Vigier (Dem). Il faut évidemment rétablir l'article et je m'étonne du manque de rigueur sénatorial sur ce point.

Monsieur Davi, j'ai entendu votre intervention passionnée sur l'organisation des soins et les urgences. Je rappelle toutefois que nous avons alloué 80 milliards d'euros de plus à l'assurance maladie depuis 2017 et que les urgences demeurent malheureusement surchargées. Peut-être nous poserons-nous un jour la question de l'efficience et de l'organisation des soins non programmés. Mettre 10, 20 ou 30 milliards de plus ne suffira pas à régler la situation, ni à expliquer pourquoi des patients se rendent aux urgences alors qu'ils ne devraient pas.

Par ailleurs, je suis un peu surpris que cette patiente souffrant d'une infection à méningocoques n'ait pas fait l'objet d'une ponction lombaire dans les quatre heures. Il peut aussi y avoir des erreurs médicales.

M. Yannick Monnet (GDR). Je ne reprocherai jamais à un responsable politique, quel qu'il soit, d'essayer d'obtenir des choses. Cela vaut pour mes camarades socialistes, qui essayent d'obtenir des éléments sur les retraites, ou encore pour ceux qui, par ces amendements, essayent de rendre l'Ondam plus juste. C'est légitime.

Si mon groupe n'a pas déposé d'amendement, c'est parce que nous estimons qu'il faut sortir de la logique de l'Ondam. Alors qu'il faudrait partir des besoins pour calculer l'ampleur des moyens à mobiliser, nous faisons l'inverse. Or tant que nous fonctionnerons ainsi, cela n'ira pas.

Il conviendrait d'ailleurs de rompre avec la logique du PLFSS dans son ensemble, car on en vient à dire que c'est nous qui consacrons de l'argent, alors que ce n'est pas cela, la sécu ! Ce n'est pas nous qui mettons de l'argent : une partie de la richesse du monde du travail est captée. La logique même du PLFSS est donc totalement absurde.

Mme Annie Vidal (EPR). Nous serons bien sûr favorables aux amendements identiques du rapporteur général et de Mme Runel, qui visent à rétablir l'Ondam. C'est un article obligatoire et si cet outil n'est pas idéal, c'est le seul dont nous disposons pour le moment.

Par ailleurs, je crois que nous n'avons pas la même définition de l'austérité. Je rappelle en effet que l'ensemble des dépenses ont augmenté de 200 milliards d'euros en dix ans.

Enfin, après avoir plaidé pour la suppression de la Caisse d'amortissement de la dette sociale, vous proposez maintenant de reprendre les 36 milliards d'euros de dette des hôpitaux. Or 13 milliards ont déjà été repris antérieurement, en plus des déficits dus au covid. On reprend des dettes, mais il en reste toujours, et quand nous parlons de pertinence et d'efficience, vous criez au scandale et faites semblant de ne pas comprendre qu'il ne s'agit pas de toucher à la qualité des soins, mais simplement de soigner aussi bien en dépensant un peu moins.

M. Hendrik Davi (EcoS). Si l'Ondam était sous-évalué dans la version initiale du texte, c'est parce que le Gouvernement prévoyait de doubler les franchises médicales par décret. Quelqu'un, au sein de cette auguste commission, peut-être parmi ceux qui négocient, a-t-il des informations sur cette question à 2,3 milliards d'euros ?

M. le président Frédéric Valletoux. C'est une question à poser dans l'hémicycle.

*La commission **adopte** les amendements identiques.*

*En conséquence, les autres amendements **tombent** et l'article 49 est **ainsi rétabli**.*

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 la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles et dépenses liées aux dispositifs de prise en compte de la pénibilité*

*La commission **adopte** l'article 50 **non modifié**.*

Article 51 : *Objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*

Amendement de suppression AS115 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous sommes opposés à l'idée de fixer des objectifs de dépenses à la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Celle-ci est financée par les employeurs, en fonction de leur taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles, suivant une sorte de principe pollueur-payeur. C'est donc aux malades et aux accidentés que vous voulez fixer des objectifs. Il faudrait au contraire viser une réduction à zéro du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Si l'on n'empêche pas les entreprises de ne pas prendre soin de leurs salariés, que l'on n'empêche pas, au moins, ceux-ci d'être correctement soignés et pris en charge !

M. Gaëtan Dussausaye, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Les obligations de l'employeur varient en fonction de la sinistralité dans l'entreprise. Évidemment, cela ne résout pas tout,

nous en avons souvent parlé : nous avons aujourd'hui plus de 900 000 accidents du travail et maladies professionnelles par an, et deux personnes meurent chaque jour au travail. Il reste beaucoup à faire et j'ai choisi de mettre l'accent sur la prévention dans mon rapport : elle représente 2 % seulement de nos dépenses, contre 7 % en Allemagne.

Cela dit, je comprends votre amendement comme un amendement d'appel. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Ce n'est pas du tout un amendement d'appel. On sait que beaucoup d'entreprises s'organisent déjà pour que les accidents du travail et les maladies professionnelles ne soient pas déclarés et reconnus comme tels. Il y a donc un fort non-recours aux droits, ce qui grève les comptes de la branche maladie.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 51 **non modifié**.*

Article 52 : *Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2026*

Amendement de suppression AS109 de Mme Ségolène Amiot

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Depuis ce matin, on voit des gens sauter comme des cabris en disant « cohérence, cohérence ! ». Soyons donc cohérents : nous avons supprimé la désindexation des pensions ; dès lors, le tableau présenté par cet article n'est plus correct.

Par ailleurs, si, à l'arrivée au pouvoir de M. Macron, les revenus des pensionnés étaient 1,1 fois plus élevés que ceux du reste de la population, ce rapport est désormais inférieur à 1. Il y a donc une dégradation relative de leur niveau de vie.

Voilà deux raisons de ne pas maintenir cet article en l'état.

M. Jérôme Guedj, suppléant Mme Sandrine Runel, rapporteure pour la branche vieillesse. Vous avez raison : les votes intervenus aujourd'hui, notamment sur les articles 44 et 45 *bis*, rendent cet article caduc. Mais le Gouvernement le réécrit à la fin des discussions. Je vous propose de ne pas supprimer cet article obligatoire : il sera ajusté par la suite, comme tous les articles d'équilibre.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 52 **non modifié**.*

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

*Suivant l'avis de Mme Anne Bergantz, rapporteure pour la branche famille, la commission **rejette** l'amendement de suppression AS104 de M. Hadrien Clouet.*

*Puis elle **adopte** l'article 53 **non modifié**.*

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

Amendement de suppression AS101 de Mme Élise Leboucher

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

M. Hadrien Clouet, rapporteur pour la branche autonomie. Je suis favorable à cet amendement qui tend à supprimer l'article qui fixe l'objectif de dépenses de la branche autonomie. Ces dépenses sont insuffisantes au regard des besoins, tout le monde ici en convient : on organise le déficit de la branche et ce n'est pas un bon début – l'écart est d'ailleurs chaque année plus important entre ce qui est prévu et ce qui est réalisé.

Enfin, les politiques d'autonomie ne contribuent pas à concrétiser les idéaux – eux aussi largement partagés, je crois – d'émancipation des individus, qu'ils entrent dans le grand âge ou qu'ils soient en situation de handicap.

La copie doit donc être reprise.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 54 **non modifié**.*

Mme Annie Vidal (EPR). Monsieur le rapporteur général, avez-vous déjà une idée, même approximative, du bilan financier de nos discussions ?

M. le rapporteur général. La copie initiale prévoyait un déficit de l'ordre de 17 milliards d'euros ; nous en serions, avec ce que nous avons adopté, à quelque 21 milliards. Il reste un éléphant au milieu de la pièce : les franchises et participations, qui relèvent du pouvoir réglementaire et devaient rapporter environ 2,3 milliards. Si le Gouvernement abandonne cette voie, nous serions un peu au-delà du déficit prévisionnel initial ; mais il me semble qu'il y a un chemin pour supprimer les irritants, redresser les comptes sociaux et donner un budget à la sécurité sociale.

M. le président Frédéric Valletoux. Merci à tous pour l'excellente qualité des débats. Beaucoup va se jouer en séance, en fonction des réponses du Gouvernement, mais nous pouvons, je crois, espérer trouver une convergence de vues et, peut-être, une majorité pour adopter le texte.

*La commission **rejette** la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.*

*Puis elle **rejette** l'ensemble du projet de loi.*

TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI

Projet de loi	**Dispositions en vigueur modifiées**	
Article	*Codes et lois*	*Numéro d'article*
3	Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025	95
3 *bis*	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-15
4	Code de la sécurité sociale	L. 115-10 [*nouveau*], 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*] et L. 725-6
4 *bis* A	Code de la sécurité sociale	L. 133-5-4-1 [*nouveau*]
4 *bis* B	Code de commerce	L123-49-1, L. 132-49-2 et L. 123-49-3 [*nouveau*]
4 *bis*	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	20
4 *bis*	Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022	13
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
5 *bis*	Code rural et de la pêche maritime	L. 722-7-1
6	Code de la sécurité sociale	L. 136-8
6 *quater*	Code de la sécurité sociale	L. 871-1
7 *quater*	Code rural et de la pêche maritime	L. 751-15
7 *quater*	Code de la sécurité sociale	L. 245-2
8	Code de commerce	L. 23-10-1 et L. 23-10-7
8	Code de la sécurité sociale	L. 137-12 et L. 137-16
8 *bis* A	Code de la sécurité sociale	L. 242-1
8 *bis* A	Loi n° 2023-1107 du 29 novembre 2023 portant transposition de l'accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise	10
8 *ter*	Code de la sécurité sociale	L. 136-1-1, L. 137-42 et L. 242-1
8 *quater*	Code de la sécurité sociale	L. 136-4
8 *quinquies*	Code de la sécurité sociale	L. 136-4
8 *septies*	Code de la sécurité sociale	L. 241-18-1

9	Code de la sécurité sociale	L. 131-6-4
9	Code du travail	L. 6243-2 [*abrogé*]
9 *ter*	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-14-1 A
9 *quinquies* A	Code rural et de la pêche maritime	L. 741-16
9 *sexies* A	Code de la sécurité sociale	L. 136-4
9 *sexies* B	Code rural et de la pêche maritime	L. 741-14
9 *sexies* C	Code rural et de la pêche maritime	L. 781-6
9 *octies*	Code de la sécurité sociale	L. 242-1
10	Code de la sécurité sociale	L. 138-10, L. 138-11, L. 138-12 et L. 245-6
10	Code général des impôts	238 *bis* GC
10	Code de la santé publique	L. 5121-18
10 *bis* A	Code de la sécurité sociale	L. 138-10-1 [*nouveau*]
10 *bis* B	Code de la sécurité sociale	L. 138-19-10 [*nouveau*]
11	Code de la sécurité sociale	L. 162-18 et L. 165-4
11 *bis*	Code général des impôts	1613 *bis*
11 *quater*	Code de la sécurité sociale	L. 137-27
11 *quinquies* A	Code de la sécurité sociale	L. 245-12-1 [*nouveau*]

11 *quinquies* B	Code général des impôts	1613 *bis* A [*nouveau*]
11 *quinquies*	Code de la sécurité sociale	L. 138-2
11 *sexies*	Code de la sécurité sociale	L. 138-9
11 *octies*	Code de la sécurité sociale	L. 242-1-1 A [*nouveau*]
11 *nonies*	Code du travail	L. 3123-1, L. 3121-41 et L. 3121-44
11 *nonies*	Code général de la fonction publique	L. 611-1
11 *nonies*	Code de la sécurité sociale	L. 242-1
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 général des impôts	1001
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° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023	6
12 *ter* A	Code de la sécurité sociale	L. 241-13, L. 241-19, L. 711-13, L. 752-3-1 et L. 752-3-2
12 *ter* A	Code rural et de la pêche maritime	L. 741-16
12 *ter* A	Loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006	130

12 *ter*A	Loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008	34
12 *quinquies*	Code de la sécurité sociale	L. 131-7
12 *quinquies*	Code du travail	L. 5134-31
12 *sexies*	Code de la sécurité sociale	L. 380-2-1
15	Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette social	4
18 *bis* A	Code de la sécurité sociale	L. 160-4
18 *ter* A	Code de la sécurité sociale	L. 111-2-1 A [*nouveau*]
19	Code de la sécurité sociale	L. 162-63 *[nouveau]* et L. 160-8
20	Code de la santé publique	L. 1431-2, L. 1432-2, L. 3111-4, L. 3111-11 et L. 3821-1
20	Code de l'action sociale et des familles	L. 311-4
20	Code de la sécurité sociale	L. 174-16
20	Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024	38
20 *quater*	Code de la sécurité sociale	L. 162-58
20 *sexies*	Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de	43

	modernisation de notre système de santé	
20 *septies*	Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 202	68
21	Code de la sécurité sociale	L. 162-5, L. 162-5-11, L. 162-5-14, L. 162-14-1 et L. 162-31-1
21	Code de la santé publique	L. 1435-4-3, L. 1435-5 et L. 5125-4
21 *bis* A	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
21 *bis* B	Code de la sécurité sociale	L. 133-4
21 *bis*	Code de la santé publique	L. 4161-1 et L. 5125-1-1 A
21 *bis*	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-1
21 *ter*	Code de la santé publique	L. 1411-6-5 [*nouveau*]
21 *quater*	Code de la santé publique	L. 1435-4-2 [*abrogé*]
21 *quater*	Code de la sécurité sociale	L. 162-5-19 [*abrogé*]
21 *quinquies*	Code de la santé publique	L. 2135-1

21 *sexies*	Code de la santé publique	L. 4364-9 [*nouveau*]
21 *septies* A	Code de la santé publique	L. 4331-1
21 *septies*	Code de la santé publique	L. 6322-4 [*nouveau*]
21 *octies*	Code rural et de la pêche maritime	Art. L. 723-43-1 [*nouveau*]
21 *nonies*	Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025	47
22	Code de la sécurité sociale	L. 161-36, L. 162-23, L. 162-23-4, L. 162-23-6, L. 162-23-8, L. 162-25, L. 162-27 [*nouveau*], L. 165-12, L. 174-12-1 [*abrogé*], L. 162-27 [*nouveau*], L. 165-12 et L. 174-15
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*]
22 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-3-1-1 [*nouveau*]
23	Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale	4

	complémentaire dans la fonction publique	
24	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-7-1 A et L. 162-14-6 [*nouveaux*]
24	Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 202	49
27	Code de la sécurité sociale	L. 114-17-1, L. 162-1-17 [*abrogé*], L. 162-22-4, L. 162-23-14 [*nouveau*], L. 162-23-14-1 [*nouveau*], L. 162-23-15 L. 162-30-2, L. 162-30-4 [*abrogés*] et L. 162-30-3
27	Code de la santé publique	L. 6122-5
28	Code rural et de la pêche maritime	L. 751-1, L. 752-3 et L. 752-5
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-4-1, L. 162-4-4, L. 321-1, L. 321-2, L. 412-8 et L. 433-1
28	Code du travail	L. 1226-7 et L. 1524-8
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
28 *bis* A	Code de la santé publique	L. 6316-1
28 *bis*	Code de la sécurité sociale	L. 315-2, L. 315-2-1, L. 323-6 et L. 315-3
28 *ter*	Code de la sécurité sociale	L. 321-1, L. 323-4-1 et L. 431-1

30	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-25 [*nouveau*]
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 et L. 5125-23-2
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	Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022	62
34 *bis*	Code de la sécurité sociale	L. 165-2
35 *bis*	Code de la santé publique	L. 5121-29
36	Code de l'action sociale et des familles	L. 314-2-4 [*nouveau*]
36 *bis*	Code de l'action sociale et des familles	L. 312-9, L. 313-14-2, L. 313-14-4 [*nouveau*] et L. 314-14-1 [*nouveau*]

36 *ter*	Code de l'action sociale et des familles	L. 313-7
37	Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022	43
37 *bis*	Code de la sécurité sociale	L. 223-11
39	Code de la sécurité sociale	L. 461-1
39 *bis*	Code de la sécurité sociale	L. 221-1-5
39 *ter*	Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025	90
39 *ter*	Code de la sécurité sociale	L. 351-1-4 et L. 434-3
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
41	Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes	27
42	Code de la défense	L. 4138-2, L. 4138-4, L. 4138-14 et L. 4144-1
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 [*nouveau*]
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 [*nouveau*], L. 331-8-2 [*nouveau*], 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 [*nouveau*], L. 1225-6, L. 1225-46-2 à L. 1225-46-7 [*nouveaux*], 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 [*nouveau*]
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 [*nouveau*]
42 *bis*	Code de la sécurité sociale	L. 160-9
42 *ter*	Code de la sécurité sociale	L. 521-3

42 *quater*	Code de la sécurité sociale	L. 531-5
42 *quinquies*	Code de la sécurité sociale	L. 531-8
42 *quinquies*	Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025	92 [*abrogé*]
43	Code des pensions civiles et militaires de retraite	L. 84, L. 85 [*abrogé*], 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
43	Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la	138

	politique de santé publique	
43	Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025	87
43 *bis*	Code rural et de la pêche maritime	L. 732-24, 732-35, L. 732-39, L. 732-52 et L. 732-63
43 *bis*	Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025	87
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. 12, L. 12 *bis* et L. 25 *bis*
45	Code rural et de la pêche maritime	L. 781-29-1 [*nouveau*]
45	Code de la sécurité sociale	L. 351-1-1, L. 351-4, L. 643-3 et L. 653-2
45	Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 est complété par un alinéa ainsi rédigé	87