

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

Tombé

N° 2758

AMENDEMENT

présenté par

M. Turquois, M. Grelier, M. Fesneau, M. Isaac-Sibille, M. Balanant, Mme Bannier,
Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq,
M. Daubié, M. Fuchs, Mme Gervais, Mme Perrine Goulet, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso,
M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei,
Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit,
Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et M. Philippe Vigier

ARTICLE 2

I. – À la quatrième ligne de la seconde colonne du tableau de l’alinéa 2, substituer au montant :

« 112,6 »

le montant :

« 112,9 ».

II. – En conséquence, à la septième ligne la même seconde colonne du même tableau de l’alinéa 2, substituer au montant :

« 6,0 »

le montant :

« 5,7 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amender le montant de l'ONDAM établissements de santé 2026 pour rétablir les crédits hospitaliers votés pour 2026 et permettre le dégel des mises en réserve pesant sur les tarifs des établissements de santé

Le présent amendement vise à augmenter de 300 millions d'euros l'objectif national de dépenses d'assurance maladie consacré aux établissements de santé pour 2026, afin de revenir sur la diminution des ressources hospitalières opérée en cours d'exercice et de permettre le dégel des crédits mis en réserve pesant sur les tarifs hospitaliers.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 avait fixé l'ONDAM établissements de santé à 112,8 milliards d'euros. Le PLFSS pour 2027 révisé désormais cet objectif à 112,6 milliards d'euros, soit une diminution d'environ 200 millions d'euros par rapport au montant voté par le Parlement.

Cette diminution intervient alors que des crédits hospitaliers ont parallèlement fait l'objet d'un gel définitif. Les fédérations hospitalières évaluent à 180 millions d'euros les crédits mis en réserve sur les financements par dotations de l'ONDAM établissements de santé et demandent également la restitution des 440 millions d'euros de coefficient prudentiel pesant sur les tarifs des séjours.

Cette situation appelle une correction pour trois raisons.

Premièrement, il s'agit de respecter le montant voté par la représentation nationale et les engagements pris par le Gouvernement à l'égard des établissements de santé.

L'ONDAM constitue l'enveloppe de dépenses autorisée par le Parlement. Il serait difficilement compréhensible que, malgré le vote des parlementaires dans la LFSS pour 2026, l'objectif applicable aux établissements de santé soit révisé à la baisse alors même que leur situation financière demeure particulièrement fragile.

A minima, conformément à l'engagement du Premier ministre, l'ONDAM établissements de santé exécuté en 2026 doit être égal au montant voté par le Parlement pour 2026, et non inférieur à celui-ci.

Ceci est d'autant plus indispensable que, deuxièmement, la situation financière des établissements de santé, publics comme privés, est particulièrement dégradée.

Le présent amendement va donc au-delà de ce simple rétablissement en prévoyant 100 millions d'euros supplémentaires afin de permettre le dégel des crédits tarifaires mis en réserve.

Après deux années successives de non-versement, une troisième année d'annulation serait totalement contradictoire avec la situation financière des établissements de santé publics comme privés.

Le coefficient prudentiel revient à minorer les tarifs servant à rémunérer l'activité effectivement réalisée par les établissements, les sommes correspondantes n'étant restituées qu'en cas de dégel en

fin d'année. Les établissements ont pourtant réalisé l'activité et supporté les charges correspondantes. L'annulation des crédits mis en réserve fragilise encore leur situation financière.

Cette situation est particulièrement préoccupante alors que 56% des établissements de santé publics et un établissement de santé privé sur deux sont en perte. Le nombre d'établissements de santé en redressement ou en liquidation judiciaire a atteint un plus haut historique.

Troisièmement, le non-dégel du coefficient prudentiel constitue davantage un déplacement du déficit qu'une véritable économie pour les finances publiques.

Pour les établissements publics de santé, conserver tout ou partie de la réserve prudentielle réduit certes comptablement les dépenses entrant dans l'ONDAM, mais contribue parallèlement à accroître leur déficit qui vient lui-même accroître le déficit des administrations publiques. Le Comité d'alerte de l'ONDAM ne cesse d'identifier le déficit des établissements publics de santé comme un « point de fuite majeur » de l'ONDAM.

Pour les établissements privés, qui ne peuvent pas être en déficit, la même réduction de ressources dégrade directement leurs résultats, leurs capacités d'investissement et, pour les établissements les plus fragiles, la soutenabilité même de certaines activités.

Le non-dégel aboutira ainsi à un résultat paradoxal : afficher une économie sur l'ONDAM tout en aggravant le déficit des hôpitaux publics et la fragilité économique des établissements privés, avec des conséquences possibles sur l'investissement et l'offre de soins.

On ne peut pas afficher une économie pour l'assurance maladie en créant simultanément un déficit à l'hôpital public et des pertes supplémentaires à l'hôpital privé. Ce n'est pas une économie : c'est un déplacement de déficit qui fragilise l'offre de soins.

Pour toutes ces raisons, le présent amendement propose de majorer de 300 millions d'euros l'ONDAM établissements de santé 2026, afin de rétablir les crédits votés par le Parlement et de dégager une capacité supplémentaire permettant la restitution d'une partie des crédits tarifaires mis en réserve.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 310

AMENDEMENT

présenté par

Mme Panonacle, M. Vuibert, M. Colombani, M. Fait, M. Marion, Mme Lemoine,
Mme Bernadeau, M. Taupiac, Mme Spillebout, Mme Riotton, Mme Fruchon, M. Buchou,
Mme Klinkert, Mme Le Feur, Mme Gervais, M. Jacques, Mme Liliana Tanguy, Mme Violland,
M. Blanchard, M. Breton, M. Ott et M. Jean-René Cazeneuve

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 4, insérer l'article suivant:**

Cet amendement a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

Tombé

N° 2370

AMENDEMENT

présenté par

Mme Le Nabour, M. Marion, M. Frébault, M. Gernigon, Mme Riotton, Mme Vignon,
Mme Violland, Mme Colin-Oesterlé et M. Ott

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 4, insérer l'article suivant:**

I. – Au *a* du I de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « ayant atteint un âge déterminé » sont remplacés par les mots : « âgées d'au moins soixante-dix ans, cette condition étant satisfaite pour un couple dès lors que l'un de ses membres a atteint cet âge, ».

II. – Le I s'applique aux cotisations dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2027.

III. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'aide à domicile des personnes âgées est exonérée de cotisations patronales à partir d'un âge que la loi ne fixe pas : l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale renvoie à un décret.

Le décret n° 2026-261 du 8 avril 2026 a porté cet âge de 70 à 80 ans, avec effet au 1^{er} janvier 2026. Cette mesure, qui vise 100 millions d'euros d'économies, renchérit l'heure d'aide à domicile pour les personnes de 70 à 79 ans qui ne relèvent pas de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Or c'est à cet âge que l'aide à domicile prévient le mieux la perte d'autonomie, mission que la loi confie aux services autonomie à domicile. En freiner le recours avance le moment où surviennent

des dépenses plus lourdes : allocation personnalisée d'autonomie, hospitalisations, entrée en établissement.

Une exonération de cotisations relève par nature des lois de financement de la sécurité sociale. Le présent amendement inscrit donc dans la loi l'âge de 70 ans, ainsi que la règle applicable aux couples, à compter du 1^{er} janvier 2027.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 305

AMENDEMENT

présenté par

Mme Ronceret, M. Travert, M. Jean-René Cazeneuve, Mme Cestrières, Mme Bernadeau,
M. Brosse, Mme Chantal Bouloux, M. Buchou, Mme Delpech, Mme Carteron, Mme Le Feur,
M. Le Gac, Mme Klinkert, M. Sorre, Mme Spillebout, M. End, M. Bonnefoy, M. Boucard,
Mme Corneloup, M. Daubié, Mme Fruchon, Mme Minard, M. Neuder, M. Viry, M. Blanchard,
Mme Piron, Mme Violland, M. Ott et M. Taupiac

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 6, insérer l'article suivant:**

Cet amendement a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2765

AMENDEMENT

présenté par

M. Turquois, M. Fesneau, M. Lecamp, M. Balanant, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard,
M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fuchs, Mme Gervais,
Mme Perrine Goulet, M. Grelier, Mme Guillermin, M. Gumbs, M. Isaac-Sibille, Mme Josso,
M. Latombe, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel,
M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos,
Mme Thillaye et M. Philippe Vigier

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 7, insérer l'article suivant:**

I. – Le A du I de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° Le montant des dons en nature de produits tirés des activités mentionnées au premier alinéa du présent A, effectués à destination de personnes morales habilitées au titre de l'article L. 266 2 du code de l'action sociale et des familles. »

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I est compensée par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Actuellement, 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, qui sert également de base au calcul des cotisations sociales et des prélèvements sociaux.

Ainsi, bien que ce dernier bénéficie, dans la cadre du mécénat d'entreprise, d'une réduction d'impôt à hauteur de 60 % du don dans la limite de 20 000 € (cf. article 238 bis du CGI), il doit toutefois payer des cotisations MSA sur ce don. Ainsi, pour exemple, quand un producteur donne

l'équivalent de 2000 €, il est soumis à un prélèvement MSA, de l'ordre de 40 %, d'un montant de 800 €.

Or, si l'agriculteur effectue tout simplement un don d'argent à une association, il n'y aura ni prélèvements sociaux ni impôt sur ce montant.

Cette situation remet ainsi en cause l'incitation au don des entreprises agricoles alors que l'apport de produits agricoles frais est crucial à double titre. En effet, les associations d'aide alimentaire ont besoin de produits frais. De plus, elles en récupèrent de moins en moins compte tenu des politiques de lutte contre le gaspillage alimentaire dans les grandes et moyennes surfaces et des effets climatiques sur la production agricole, à la baisse. Par ailleurs, des études médicales (Abena) ont montré que les bénéficiaires de l'aide alimentaire consomment très peu de produits frais et sont plus exposés à des pathologies en lien avec un déséquilibre nutritionnel (maladies cardio-vasculaires, obésité, diabète).

Aussi, afin de ne pas pénaliser les exploitants qui réalisent des dons de produits agricoles au profit d'associations, il est proposé d'exclure le montant correspondant à la valorisation du don de l'assiette des cotisations et contributions sociales.

L'amendement a été travaillé avec la Fédération Nationale des Syndicats d'Exploitants Agricoles (FNSEA).

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2766

AMENDEMENT

présenté par

M. Isaac-Sibille, M. Turquois, M. Fesneau, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fuchs, Mme Gervais, Mme Perrine Goulet, M. Grelier, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et M. Philippe Vigier

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 8, insérer l'article suivant:**

Cet amendement a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2422

AMENDEMENT

présenté par

Mme Parmentier-Lecocq, Mme Guillerm, M. Frébault, M. Fait, Mme Gervais, M. Lam,
Mme Violland et M. Ott

ARTICLE 9

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à supprimer l'article 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027, qui instaure une nouvelle contribution à la charge des entreprises exploitant des dispositifs médicaux remboursés par l'Assurance maladie. Fixée à 3,6 % pour 2027, cette contribution repose sur une assiette principalement calculée à partir des montants remboursés par l'Assurance maladie, sans tenir compte de la rentabilité réelle des entreprises concernées.

Or, le secteur des dispositifs médicaux est constitué en grande majorité de petites et moyennes entreprises, dont certaines disposent de marges particulièrement réduites. Pour ces acteurs, cette nouvelle contribution pourrait représenter un montant supérieur à leur résultat net annuel, mettant directement en péril leur équilibre économique et la pérennité de leurs activités. Cette situation est particulièrement préoccupante pour les fabricants de fauteuils roulants et d'aides techniques à la mobilité, qui doivent déjà s'adapter aux évolutions importantes introduites par la réforme de la nomenclature des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH). L'ajout d'une nouvelle charge financière pourrait fragiliser durablement ces entreprises, menacer des emplois sur nos territoires et compromettre leur capacité à investir, à innover et à maintenir une offre diversifiée d'équipements.

Au-delà des conséquences économiques et industrielles, c'est également l'accès des personnes en situation de handicap aux aides techniques indispensables à leur autonomie qui pourrait être affecté. Alors que la réforme du remboursement intégral des fauteuils roulants constitue une avancée majeure pour les personnes concernées, il est essentiel de veiller à ce que les entreprises qui contribuent à sa mise en œuvre puissent poursuivre leur activité dans des conditions

économiquement soutenable.
Pour ces raisons, le présent amendement propose la suppression de l'article 9.

ASSEMBLÉE NATIONALE

14 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 384

AMENDEMENT

présenté par

M. Huyghe, M. Fait, M. Daubié, Mme Corneloup, M. Bouyx et M. Ott

ARTICLE 10

Après l'alinéa 35, insérer les sept alinéas suivants :

« C. – Le montant de la contribution calculé en application du B est diminué du montant des dividendes coopératifs et des excédents de gestion coopératifs versés, directement ou indirectement, au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, aux pharmaciens titulaires d'officine associés ou adhérents du groupement ou d'une société coopérative mentionnée au 3°. Le montant de la contribution après cette diminution ne peut être inférieur à zéro.

« Pour l'application du premier alinéa du présent C :

« 1° Les dividendes coopératifs s'entendent des intérêts servis aux parts sociales en application de l'article 14 de la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération ;

« 2° Les excédents de gestion coopératifs s'entendent des ristournes réparties entre les associés ou adhérents au prorata des opérations qu'ils ont réalisées avec le groupement ou avec la société coopérative mentionnée au 3°, en application de l'article 15 de la même loi ou des dispositions statutaires prises sur le fondement du titre II du livre I^{er} du code de commerce ;

« 3° Sont regardées comme versées indirectement les sommes versées aux pharmaciens titulaires d'officine par une société coopérative qui contrôle le groupement, seule ou conjointement, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, y compris par l'intermédiaire d'une ou plusieurs sociétés interposées, ou par toute personne morale contrôlée par le groupement au sens du même article ;

« 4° Seules sont prises en compte les sommes dont la répartition a été décidée par l'assemblée générale des associés et qui ont été effectivement versées aux pharmaciens titulaires d'officine ou portées au crédit de leur compte courant d'associé ;

« 5° Une même somme ne peut être prise en compte qu'une seule fois, y compris lorsque la société coopérative contrôle plusieurs groupements. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 10 crée une contribution de 15 % sur les sommes que les laboratoires versent aux groupements de pharmacies d'officine. Son objectif affiché est de lutter contre la financiarisation du secteur. Il s'agit de faire en sorte que ces rémunérations ne soient pas captées par des intermédiaires, notamment par des groupements détenus par des fonds d'investissement.

La situation est différente lorsque le groupement est une coopérative de pharmaciens, ou lorsqu'il est une société commerciale contrôlée par une ou plusieurs coopératives de pharmaciens. Ce second schéma est fréquent : les coopératives détiennent souvent une société commerciale qui porte l'enseigne, les services ou les négociations. Dans les deux cas, les sommes perçues reviennent aux pharmaciens titulaires d'officine, sous forme de dividendes coopératifs et de ristournes, que ce soit directement ou en remontant par la coopérative qui contrôle le groupement, et quelle que soit l'activité dont elles proviennent. Elles financent donc le réseau officinal et ne sont pas captées par l'intermédiaire, ce qui est conforme à l'objectif poursuivi par le gouvernement de préserver l'indépendance des pharmaciens et de limiter la part de la rémunération de la chaîne de distribution conservée par les groupements. Le circuit coopératif n'interpose d'ailleurs aucun tiers entre le laboratoire et le pharmacien : directement ou par l'intermédiaire de leur coopérative, les pharmaciens sont propriétaires du groupement. Taxer ces sommes au même titre que celles conservées par des acteurs financiers pénaliserait le modèle coopératif, qui est pourtant le plus éloigné de la financiarisation visée. Le présent amendement incite au contraire tous les groupements à redistribuer aux officines les ressources qu'ils perçoivent.

L'article 10 prévoit déjà d'exclure de l'assiette les sommes qui rémunèrent l'achat des médicaments et leur manipulation physique, afin de protéger des activités utiles à la chaîne de distribution. Le présent amendement s'inscrit dans cette même logique : il protège la redistribution aux pharmaciens titulaires d'officine des ressources perçues par les groupements, qui sert directement l'objectif de l'article en préservant l'indépendance économique des officines.

Le présent amendement déduit donc du montant de la contribution les sommes effectivement reversées aux pharmaciens par la voie coopérative, que le groupement soit lui-même une coopérative ou qu'il soit contrôlé par une ou plusieurs coopératives. Il prévoit quatre garanties : des définitions qui renvoient au statut de la coopération, la prise en compte des seules sommes décidées en assemblée générale et effectivement versées, une règle qui interdit de déduire deux fois la même somme, et un plancher à zéro. Le mécanisme de restitution par l'URSSAF préserve le précompte opéré par les laboratoires, qui ne peuvent pas connaître au moment du versement les sommes qui seront redistribuées.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 1871

AMENDEMENT

présenté par

M. Fait, M. Buchou, M. Le Gac, M. Sorre, Mme Klinkert, M. Martineau, M. Viry, M. Ott,
Mme Fruchon et Mme Violland

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 15, insérer l'article suivant:**

I. – L'article L. 613-6-1 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Le présent article n'est pas applicable aux opérateurs de plateforme qui remplissent, au titre de l'année civile précédente, les deux conditions suivantes :

« 1° Le nombre de vendeurs et de prestataires relevant de l'article L. 613-7 ou du 35° de l'article L. 311-3 qui ont réalisé un chiffre d'affaires ou des recettes par l'intermédiaire des plateformes que l'opérateur exploite est inférieur à 25 % du nombre total de vendeurs et de prestataires exerçant leur activité en France qui ont réalisé un chiffre d'affaires ou des recettes par l'intermédiaire de ces plateformes ;

« 2° Le montant total du chiffre d'affaires et des recettes réalisés par l'intermédiaire de ces plateformes par l'ensemble des vendeurs et prestataires, qu'ils relèvent ou non de l'article L. 613-7 ou du 35° de l'article L. 311-3, n'excède pas 200 millions d'euros.

« Ces conditions sont appréciées par chaque opérateur de plateforme, sous sa responsabilité, au vu des informations dont il dispose, notamment celles qu'il déclare en application de l'article 1649 *ter* A du code général des impôts.

« Les opérateurs de plateforme qui remplissent ces conditions peuvent opter pour l'application du présent article par une déclaration adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1.

« Les vendeurs et les prestataires ayant réalisé un chiffre d'affaires ou des recettes par l'intermédiaire des plateformes exploitées par les opérateurs auxquels le présent article n'est pas applicable en vertu du présent V demeurent tenus de déclarer et d'acquitter, dans les conditions de

droit commun, les cotisations et contributions sociales, les taxes et, le cas échéant, le versement libératoire mentionnés au premier alinéa du I. »

II. – Le I s'applique aux chiffres d'affaires et aux recettes réalisés à compter du 1^{er} janvier 2027.

III. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à adapter les obligations de précompte des cotisations et contributions sociales applicables aux opérateurs de plateformes numériques, afin de tenir compte des spécificités des réseaux territoriaux de réservation d'hébergements touristiques et des structures dont seule une faible proportion des utilisateurs relève des régimes sociaux concernés.

Introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, le dispositif de précompte social prévu à l'article L. 613-6-1 du code de la sécurité sociale doit être généralisé à compter du 1^{er} janvier 2027.

Ce mécanisme poursuit un objectif légitime de lutte contre la sous-déclaration des revenus et d'amélioration du recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants exerçant leur activité par l'intermédiaire de plateformes numériques.

Toutefois, son application uniforme à l'ensemble des opérateurs de plateformes soulève des difficultés particulières pour certaines structures, notamment les réseaux territoriaux de réservation d'hébergements touristiques chez l'habitant.

Ces réseaux, souvent implantés en milieu rural et organisés autour de structures associatives ou d'opérateurs locaux, jouent un rôle essentiel dans le développement du tourisme de proximité, la valorisation du patrimoine et le maintien de l'activité économique dans les territoires.

Une part importante des propriétaires utilisant ces plateformes exerce une activité occasionnelle ou limitée, sans relever des régimes sociaux soumis à l'obligation de précompte.

Néanmoins, les opérateurs concernés seraient tenus de développer des dispositifs informatiques et administratifs permettant l'identification des utilisateurs, le calcul des cotisations, leur prélèvement, leur déclaration et leur reversement aux organismes sociaux.

Ces obligations représenteraient des coûts de fonctionnement particulièrement importants pour des structures dont seule une minorité des utilisateurs est effectivement concernée par le dispositif.

Le présent amendement propose donc une exemption strictement encadrée, reposant sur deux conditions cumulatives.

La première prévoit que les utilisateurs relevant des régimes concernés par le précompte représentent moins de 25 % de l'ensemble des vendeurs et prestataires ayant réalisé une activité par l'intermédiaire de l'opérateur.

La seconde réserve cette exemption aux opérateurs dont le volume total annuel des chiffres d'affaires et recettes réalisés par l'intermédiaire de leurs plateformes ne dépasse pas 200 millions d'euros.

Ces critères permettent de limiter l'exemption aux opérateurs pour lesquels les obligations de précompte apparaissent disproportionnées au regard de la structure de leur activité, tout en maintenant les grandes plateformes dans le champ du dispositif.

L'amendement préserve intégralement les obligations contributives des utilisateurs concernés. Ceux-ci demeurent personnellement tenus de déclarer leurs revenus et de s'acquitter des cotisations et contributions sociales dues dans les conditions de droit commun.

Il permet également aux opérateurs remplissant les conditions d'exemption de choisir volontairement de mettre en œuvre le précompte social.

Cette mesure entend ainsi concilier l'efficacité du recouvrement des cotisations sociales, la simplification administrative et la préservation des acteurs économiques de proximité, particulièrement dans les territoires ruraux.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2778

AMENDEMENT

présenté par

M. Turquois, M. Philippe Vigier, M. Grelier, M. Isaac-Sibille, Mme Gervais, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fesneau, M. Fuchs, Mme Perrine Goulet, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et les membres du groupe Les Démocrates

ARTICLE 20

I. – Après l’alinéa 5, insérer l’alinéa suivant :

« Les médecins qui participent à cette réunion peuvent également, le cas échéant, préconiser le recours à des actions et services de prévention proposés par les entreprises régies par le code des assurances, les mutuelles ou les unions régies par le code de la mutualité ou les institutions de prévoyance ou régies par le code de la sécurité sociale dans le cadre des garanties collectives mentionnées à l’article L. 911-2. Le recours à ces actions et services est subordonné à l’accord préalable de l’assuré. »

II. – En conséquence, après l’alinéa 14, insérer l’alinéa suivant :

« Les médecins qui participent à cette réunion peuvent également, le cas échéant, préconiser le recours à des actions et services de prévention proposés par les entreprises régies par le code des assurances, les mutuelles ou les unions régies par le code de la mutualité et les institutions de prévoyance ou unions régies par le code de la sécurité sociale et assurant le versement de prestations dans le cadre des garanties collectives mentionnées à l’article L. 911-2. Le recours à ces actions et services est subordonné à l’accord préalable de l’assuré. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à permettre aux médecins réunis dans le cadre de la concertation prévue par l'article 20 de préconiser, lorsque la situation de l'assuré le justifie, le recours aux actions et services de prévention proposés par les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance dans le cadre des garanties collectives dont il bénéficie.

Comparé à l'amendement discuté en commission des affaires sociales, il est précisé que ces mesures reposent sur le volontariat du salarié, lequel demeure libre d'accepter ou de refuser les mesures préconisées par les professionnels de santé.

L'article 20 renforce la coordination entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin du service du contrôle médical pour les assurés en arrêt de travail de longue durée présentant un risque de désinsertion professionnelle. Cette démarche constitue une avancée importante : plus un arrêt se prolonge, plus il est nécessaire d'identifier précocement les solutions permettant de préparer le retour à l'activité et d'éviter un éloignement durable de l'emploi. Le projet de loi prévoit précisément une réunion de concertation pour les interruptions de travail dépassant trente jours lorsque ce risque est identifié.

Pour être pleinement efficace, cette concertation doit toutefois permettre de mobiliser l'ensemble des solutions de prévention et d'accompagnement dont dispose déjà l'assuré. Dans le cadre des garanties collectives de prévoyance et de santé souscrites par les entreprises, des actions et services sont en effet déjà proposés aux salariés, notamment en matière d'accompagnement psychologique, de prévention des risques ou de maintien et de retour à l'emploi. Ces dispositifs peuvent utilement compléter les mesures médicales ou professionnelles envisagées au cours de la concertation.

Le rapport Construire un système de prévention primordiale, remis en 2026 par Cyrille Isaac-Sibille, souligne précisément la nécessité de mieux coordonner les nombreux acteurs qui interviennent déjà en matière de prévention et de faire notamment de l'entreprise un véritable lieu de promotion de la santé. Il relève que les initiatives existent mais demeurent encore trop souvent dispersées et insuffisamment articulées entre elles.

Dans cette logique, il serait contre-productif que les médecins participant à la concertation ne puissent pas orienter l'assuré vers des dispositifs de prévention dont il bénéficie déjà au titre de sa couverture collective, lorsque ceux-ci sont susceptibles de répondre à ses besoins et de faciliter son maintien ou son retour à l'emploi.

Le présent amendement ne confère aucun caractère obligatoire à ces dispositifs et ne modifie pas les compétences respectives des professionnels de santé participant à la concertation. Il leur donne simplement la possibilité de préconiser le recours à des actions complémentaires existantes, lorsque celles-ci apparaissent pertinentes au regard de la situation de l'assuré.

Il permet ainsi de mieux articuler prévention, accompagnement médical et maintien en emploi, en mobilisant plus efficacement les dispositifs déjà proposés aux salariés et en renforçant la coordination des acteurs autour des personnes exposées à un risque de désinsertion professionnelle.

Cet amendement a été travaillé avec la Fédération des institutions paritaires de protection sociale et France Assureurs, l'organisme fédérant les entreprises d'assurance.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2755

AMENDEMENT

présenté par

M. Philippe Vigier, M. Turquois, M. Isaac-Sibille, M. Grelier, Mme Gervais, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fesneau, M. Fuchs, Mme Perrine Goulet, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et les membres du groupe Les Démocrates

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 20, insérer l'article suivant:**

I. – L'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'une évolution de l'état de santé de l'assuré susceptible de remettre en cause les conditions ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de sa participation au titre du 3° ou du 4° du présent article est signalée à l'organisme d'assurance maladie par le médecin traitant ou constatée par le service du contrôle médical, l'organisme procède au réexamen du bénéfice de cette limitation ou de cette suppression pour l'affection concernée.

« Lorsque le service du contrôle médical constate, après avoir mis le médecin traitant en mesure de présenter ses observations et au regard des critères médicaux applicables ainsi que, le cas échéant, des recommandations de la Haute Autorité de santé, que les conditions ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation au titre du 3° ou du 4° ne sont plus réunies, l'organisme d'assurance maladie met fin à ce bénéfice pour l'affection concernée. Le recueil de l'avis de l'assuré est défini dans des conditions précisées par décret. La décision est ensuite notifiée et portée à la connaissance du médecin traitant. Lorsqu'elle concerne une prise en charge accordée au titre du 3°, elle intervient sans préjudice de l'application du 10° lorsque les conditions prévues à ce même 10° sont réunies. »

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} juillet 2027 et s'applique aux prises en charge en cours à cette date.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) constitue un pilier de notre modèle de solidarité. Il garantit aux personnes atteintes de pathologies graves ou chroniques une prise en charge renforcée de leurs frais de santé.

Aujourd'hui, les personnes reconnues en ALD représentent près de 20 % de la population mais concentrent près de 70 % des dépenses de l'assurance maladie.

Le rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances de 2024 consacré aux ALD souligne par ailleurs que le dispositif est désormais peu contrôlé et insuffisamment adapté aux évolutions thérapeutiques.

Pour le groupe Les Démocrates, il ne s'agit évidemment pas de remettre en cause la protection indispensable offerte aux personnes malades. Toutefois les progrès de la médecine permettent heureusement à certains patients de connaître une amélioration durable de leur état de santé, une rémission, voire une guérison. Il est légitime que leur situation puisse alors être réexaminée.

Cet amendement ne prévoit donc aucune sortie automatique du dispositif. La fin de l'exonération ne peut intervenir qu'après un strict contrôle médical, après que le médecin traitant a été mis en mesure de présenter ses observations et au regard des critères médicaux applicables. **Par rapport la version présentée en commission des affaires sociales, l'amendement prévoit spécifiquement le recueil de l'avis de l'assuré.**

Une entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2027 est prévue afin de laisser à l'Assurance maladie le temps nécessaire pour adapter ses procédures et organiser la mise en œuvre de ce nouveau dispositif de réexamen.

Le groupe Les Démocrates souhaite ainsi concilier une prise en charge étendue des frais de santé lorsque l'état du patient le justifie et la soutenabilité de notre modèle social, afin de garantir dans la durée la solidarité envers ceux qui en ont le plus besoin.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2759

AMENDEMENT

présenté par

M. Turquois, M. Grelier, M. Fesneau, M. Philippe Vigier, M. Isaac-Sibille, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fuchs, Mme Gervais, Mme Perrine Goulet, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos et Mme Thillaye

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 20, insérer l'article suivant:**

I. – L'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Un forfait est également supporté par les personnes prises en charge dans les établissements mentionnés au premier alinéa dans le cadre d'une hospitalisation sans nuitée. La perception de ce forfait ne modifie pas le niveau de financement des établissements de santé par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Son montant et ses conditions d'application sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

2° A la première phrase du troisième alinéa, après la première occurrence du mot : « journalier », sont insérés les mots : « ainsi que le forfait mentionné au deuxième alinéa ».

II. – Les modalités d'application du présent article, notamment les catégories de prises en charge concernées et les conditions d'exonération du forfait prévu au deuxième alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, sont précisées par décret en Conseil d'État.

III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Renforcer l'efficacité des prises en charge et sécuriser les ressources de l'ensemble des établissements de santé.

Cet amendement vise à accélérer le virage ambulatoire par une incitation financière consistant à adapter les modalités de participation des patients à l'évolution des modes de prise en charge hospitalière, en instituant un forfait applicable aux hospitalisations réalisées sans nuitée.

Le développement des prises en charge ambulatoires constitue l'un des principaux leviers d'amélioration de l'organisation et de l'efficacité du système hospitalier. Il permet de réduire les durées de séjour et les coûts afférents et, pour les patients éligibles, de favoriser une récupération et un retour plus rapides dans leur environnement habituel.

Cette évolution doit être poursuivie et amplifiée alors que d'importantes marges de développement de l'ambulatoire subsistent. La CNAM estime que le taux de chirurgie ambulatoire atteignait 64,5 % en 2024 et que 1,28 million d'interventions demeureraient transférables vers l'ambulatoire, permettant théoriquement d'atteindre un taux de 83,2 %. Avec un taux d'ambulatoire à 75% sur la seule chirurgie, les gains sont estimés chaque année à près de 600M€ pour l'Assurance-maladie (baisse des réhospitalisations) et 180M€ pour les Assurances complémentaires (baisse des réhospitalisations, diminution du coût des chambres particulières).

En parallèle, le régime actuel du forfait journalier hospitalier reste construit autour de l'hospitalisation avec hébergement.

Cette construction apparaît aujourd'hui insuffisamment adaptée à la transformation des prises en charge hospitalières, dans lesquelles une part croissante des soins est réalisée sans nuitée tout en nécessitant la mobilisation d'une infrastructure, d'équipes soignantes, de plateaux techniques et de fonctions hospitalières.

Le présent amendement propose donc de compléter l'article L. 174-4 afin de prévoir un forfait applicable aux hospitalisations sans nuitée. Ce forfait, à l'instar du forfait hospitalier actuel, sera acquitté par le patient ou la complémentaire santé lorsqu'il en dispose. Les patients exonérés du forfait hospitalier seront également exonérés du forfait court séjour.

Cette évolution présente l'intérêt de créer un mécanisme d'intérêt commun pour l'ensemble des acteurs du système de santé.

Pour les établissements de santé, elle constitue une source de financement complémentaire permettant d'accompagner le développement de l'ambulatoire et de contribuer au financement d'infrastructures hospitalières confrontées à des contraintes économiques croissantes. Le système hospitalier, tant public que privé, ne peut pas absorber une nouvelle année de gel tarifaire des financements à l'acte en 2027. Les hôpitaux publics sont massivement en déficit (3,5 Md€) et les établissements privés, qui s'enfoncent dans les pertes d'exploitation, n'ont jamais été aussi nombreux à être en redressement et en liquidation judiciaire. Dans ce contexte, une nouvelle campagne tarifaire à zéro posera un problème politique et économique majeur après un été caniculaire ayant une nouvelle fois illustré tant la fragilité que l'importance des établissements de santé.

Pour les patients, elle préserve l'intérêt médical et organisationnel des prises en charge ambulatoires, qui permettent de réduire la durée d'hospitalisation, les risques associés au séjour et de favoriser un retour plus rapide à la vie quotidienne.

Pour l'assurance maladie obligatoire, elle favorise le recours à des organisations de soins plus efficaces et participe à la maîtrise des dépenses de santé sans peser sur les dépenses de la sécurité sociale.

Enfin, pour les organismes complémentaires d'assurance maladie, dont les contrats responsables ont vocation à couvrir les participations hospitalières, cette participation supplémentaire s'accompagne du développement de modes de prise en charge générateurs d'économies durables pour les AMC.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2761

AMENDEMENT

présenté par

Mme Thillaye, M. Martineau, M. Turquois, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fesneau, M. Fuchs, Mme Gervais, Mme Perrine Goulet, M. Grelier, Mme Guillerm, M. Gumbs, M. Isaac-Sibille, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos et M. Philippe Vigier

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 20, insérer l'article suivant:**

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 323-6 est complété par cinq alinéas ainsi rédigés :

« Pour le service des indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1, lorsqu'une autorisation de sorties déroge aux horaires habituels de présence, le prescripteur précise, lors de chaque prescription ou prolongation de l'arrêt de travail, les éléments d'ordre médical justifiant cette dérogation. Ces éléments sont destinés exclusivement au service du contrôle médical.

« Sous réserve d'une incompatibilité médicalement justifiée, le bénéficiaire d'une telle autorisation déclare à la caisse et respecte une plage quotidienne de présence à son lieu de repos d'au moins deux heures consécutives. Les modalités de choix, de déclaration et de modification de cette plage ainsi que l'amplitude diurne dans laquelle elle s'inscrit sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé.

« Lorsque cette obligation de présence est incompatible avec l'état de santé du bénéficiaire ou les soins nécessaires, le prescripteur précise les éléments médicaux justifiant son adaptation ou une dérogation. Le bénéficiaire demeure tenu de se soumettre aux contrôles organisés dans des conditions compatibles avec son état de santé.

« Le bénéficiaire est informé, sur un support durable, des obligations de présence et de contrôle qui

lui sont applicables ainsi que des conséquences de leur méconnaissance. Les absences justifiées par des soins, des examens médicaux, les trajets nécessaires à leur réalisation, une hospitalisation, une activité autorisée dans les conditions prévues par le présent code ou un cas de force majeure ne constituent pas un manquement.

« L'inobservation volontaire des obligations de déclaration et de présence prévues aux quatre alinéas précédents donne lieu à la restitution des indemnités correspondantes dans les conditions prévues au présent article. L'absence de réponse lors d'une visite de contrôle ne suffit pas, à elle seule, à établir le caractère volontaire d'un manquement ou l'existence d'une fraude. »

2° Le IV de l'article L. 315-2 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour le service des indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1, lorsqu'un manquement aux obligations de contrôle, de déclaration ou de présence prévues à l'article L. 323-6 est constaté, la caisse informe le bénéficiaire des faits qui lui sont reprochés et des conséquences financières envisagées. Avant toute décision fondée sur ce manquement, elle le met à même de présenter ses observations et de produire les justificatifs utiles. La décision est motivée et notifiée au bénéficiaire. Elle précise, le cas échéant, la période et le montant concernés ainsi que les voies et délais de recours.

« Lorsqu'un manquement volontaire est établi, la caisse procède au recouvrement des indemnités correspondantes dans les conditions prévues à l'article L. 323-6, sans qu'un avertissement préalable soit requis. Lorsque l'obstacle au contrôle persiste, elle suspend le versement des indemnités dans les conditions prévues au présent IV. Cette suspension ne peut être maintenue pour des motifs tenant exclusivement aux délais imputables à la caisse lorsque le bénéficiaire se conforme de nouveau à ses obligations, sans préjudice d'une décision distincte relative à la justification médicale de l'arrêt.

« Lorsque le constat résulte d'une contre-visite effectuée par un médecin mandaté par l'employeur, la caisse ne peut en tirer de conséquences sur le versement des indemnités journalières qu'après l'intervention du service du contrôle médical dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1. Lorsque cette contre-visite n'a pas permis l'examen de l'assuré, le nouvel examen de sa situation prévu au 2° du même II demeure de droit. »

III. – Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé, détermine les modalités d'application des I et II du présent article, notamment les modalités d'information du bénéficiaire, les adaptations nécessaires aux soins et aux reprises à temps partiel pour motif thérapeutique, le recueil des observations, les délais de notification des décisions et les conditions de cessation de la suspension. Il garantit le respect du secret médical et la possibilité d'effectuer les déclarations par une voie non dématérialisée.

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2027. Il s'applique aux arrêts de travail prescrits ou prolongés à compter de cette date, pour la période couverte par la prescription ou la prolongation. Les dispositions relatives aux manquements ne s'appliquent qu'aux faits postérieurs à cette date et à l'information du bénéficiaire sur ses nouvelles obligations.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à renforcer l'effectivité du contrôle des arrêts de travail et à préciser les conséquences financières des manquements aux obligations auxquelles est subordonné le versement des indemnités journalières maladie.

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, les indemnités journalières maladie versées par les régimes de base ont représenté 12,1 milliards d'euros en 2024. Hors indemnités liées à la Covid-19, ces dépenses ont progressé de 7 % en 2024 et de 38 % depuis 2019. Cette évolution résulte de plusieurs facteurs, notamment de l'évolution des salaires, de l'emploi et du recours à l'indemnisation. Elle ne saurait, à elle seule, être assimilée à une progression des abus.

Le droit en vigueur subordonne déjà le versement des indemnités journalières au respect des prescriptions médicales, des horaires de sortie et des obligations de contrôle. Les autorisations de sorties sans restriction horaire doivent être médicalement justifiées. Le présent amendement complète ce cadre en précisant les conditions dans lesquelles leurs bénéficiaires doivent pouvoir être contrôlés.

Il prévoit, pour ces seuls bénéficiaires, une plage quotidienne de présence au lieu de repos d'au moins deux heures consécutives, déclarée à la caisse. Cette obligation est assortie des adaptations ou dérogations justifiées par l'état de santé ou les soins nécessaires. Elle ne modifie pas les obligations de présence applicables aux sorties autorisées soumises au régime ordinaire. Le prescripteur précise les motifs médicaux de la dérogation lors de chaque prescription ou prolongation concernée, dans le respect du secret médical.

L'amendement précise également la procédure applicable aux manquements constatés. Lorsqu'un manquement volontaire est établi, le recouvrement des indemnités correspondantes peut intervenir dès le premier manquement, sans avertissement préalable. La persistance d'un obstacle au contrôle entraîne la suspension du versement dans les conditions légales. Ces conséquences financières sont mises en œuvre après que l'assuré a été informé des faits qui lui sont reprochés et mis en mesure de présenter ses observations. La décision est motivée et peut être contestée.

Le dispositif distingue le non-respect des obligations de contrôle de l'absence de justification médicale de l'arrêt et de la fraude. Il maintient l'intervention préalable du service du contrôle médical lorsque le constat provient d'une contre-visite patronale, ainsi que le nouvel examen de la situation de l'assuré lorsque cette contre-visite n'a pas permis son examen. Il préserve ainsi les garanties relatives à l'appréciation médicale et aux droits de l'assuré, sans conférer à l'employeur un pouvoir de diagnostic.

En renforçant la traçabilité des obligations et les suites des manquements établis, cet amendement entend contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et à la confiance entre les assurés, les professionnels de santé et les employeurs. Il prend en compte les préoccupations des entreprises et des collectifs de travail sans instaurer de réduction générale de l'indemnisation des salariés malades.

L'entrée en vigueur au 1er juillet 2027 permet l'adaptation des procédures et l'information des assurés. Le dispositif porte directement sur les conditions de service des prestations d'assurance maladie au titre de l'exercice 2027.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2779

AMENDEMENT

présenté par

M. Turquois, M. Isaac-Sibille, M. Philippe Vigier, M. Grelier, Mme Gervais, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fesneau, M. Fuchs, Mme Perrine Goulet, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et les membres du groupe Les Démocrates

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 20, insérer l'article suivant:**

I. – Après l'article L. 162-4-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-4-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-4-6. – Lorsqu'il estime que l'état de santé de l'assuré ne nécessite pas une interruption complète de son activité professionnelle et permet la poursuite de celle-ci à distance, le médecin peut, en lieu et place de la prescription d'un arrêt de travail initial, proposer une mesure temporaire de poursuite d'activité en télétravail, au sens de l'article L. 1222-9 du code du travail.

« Cette mesure est subordonnée à l'accord exprès de l'assuré et de l'employeur, dans le respect des modalités d'organisation du télétravail applicables dans l'entreprise **et dans des conditions définies par décret.**

« Le refus de l'assuré ne peut faire obstacle à la prescription d'un arrêt de travail lorsque son état de santé le justifie.

« La mesure ne peut avoir pour effet de contraindre l'assuré à poursuivre son activité lorsque son état de santé nécessite un arrêt de travail. Elle ne se substitue pas aux prérogatives du médecin du travail en matière d'aménagement du poste de travail.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article, notamment

les conditions de prescription et la durée maximale de la mesure. »

II. – Le II de l'article L. 1222-9 du code du travail est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Les modalités de recours au télétravail dans le cadre d'une mesure temporaire de poursuite d'activité proposée par un médecin dans les conditions prévues à l'article L. 162-4-6 du code de la sécurité sociale. »

III. – Les organisations représentatives des employeurs et des salariés au niveau national et interprofessionnel sont invitées à engager une négociation en vue de déterminer les modalités de mise en œuvre du dispositif prévu au I du présent article, notamment les garanties relatives au caractère volontaire du télétravail et à la protection de la santé des salariés, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement, issu d'une idée de France Assureurs, l'organisme fédérant les entreprises d'assurance, vise à permettre aux médecins de proposer, lorsque l'état de santé du salarié le permet, une période temporaire de télétravail en alternative à la prescription d'un arrêt de travail initial.

Certaines situations médicales peuvent rendre difficiles les déplacements professionnels ou la présence sur le lieu de travail, sans pour autant nécessiter une interruption complète de l'activité. Dans ces situations, le télétravail peut constituer une solution adaptée, permettant de concilier la préservation de la santé du salarié et la poursuite de son activité professionnelle.

Le dispositif proposé repose sur plusieurs garanties essentielles. Il ne peut être envisagé que lorsque le médecin estime que l'état de santé du salarié permet la poursuite de son activité. Il nécessite l'accord exprès du salarié et de l'employeur, **dans des conditions définies par décret**. Enfin, il ne peut faire obstacle à la prescription d'un arrêt de travail médicalement justifié.

Contrairement à une mesure de reprise anticipée, ce dispositif concerne exclusivement les situations dans lesquelles aucun arrêt de travail n'a encore été prescrit. Il ne remet donc pas en cause les règles applicables à la reprise du travail à l'issue d'un arrêt maladie.

Afin de prévenir les risques de dérives, l'amendement prévoit également une place centrale pour le dialogue social. Les modalités de recours à ce dispositif ont vocation à être intégrées dans les accords collectifs ou les chartes encadrant le télétravail au sein des entreprises. Les partenaires sociaux représentatifs au niveau national et interprofessionnel sont également invités à engager une négociation dans les six mois suivant la promulgation de la loi, afin de préciser les garanties nécessaires à sa mise en œuvre.

Cette proposition s'inscrit dans la continuité des débats intervenus lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, au cours desquels un amendement défendu par Nicolas Turquois avait déjà proposé d'associer les partenaires sociaux à la mise en œuvre d'un tel dispositif.

En favorisant, lorsque cela est médicalement possible, le maintien volontaire en activité, cette mesure pourrait contribuer à prévenir certains arrêts de courte durée et à maîtriser les dépenses d'indemnités journalières, sans remettre en cause les droits des salariés ni les prérogatives du médecin du travail.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2780

AMENDEMENT

présenté par

M. Turquois, M. Philippe Vigier, M. Grelier, Mme Gervais, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fesneau, M. Fuchs, Mme Perrine Goulet, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et les membres du groupe Les Démocrates

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 20, insérer l'article suivant:**

Le II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La caisse et, le cas échéant, l'entreprise régie par le code des assurances, la mutuelle ou l'union régie par le code de la mutualité ou l'institution de prévoyance ou l'union régie par le présent code assurant le versement de prestations complémentaires en cas d'arrêt de travail et d'invalidité s'informent mutuellement du déclenchement des contrôles médicaux et des décisions prises au vu de leurs conclusions. Les praticiens conseils du service du contrôle médical et les professionnels de santé agissant pour le compte des organismes mentionnés au présent alinéa sont habilités à partager les informations obtenues grâce aux contrôles médicaux réalisés, dans le respect du secret médical. Les conditions d'application du présent alinéa sont définies par décret en Conseil d'État. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La maîtrise du coût des arrêts de travail est un des enjeux majeurs pour notre système de protection sociale. Les dépenses d'indemnités journalières maladie représentaient près de 11,3 milliards d'euros pour le seul régime général en 2025, avec une progression annuelle moyenne de 5,5 % depuis 2019. Dans ce cadre, le présent amendement vise à organiser des échanges directs entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes de prévoyance sur le déclenchement des contrôles médicaux et les décisions prises à leur issue, ainsi qu'à permettre aux professionnels de santé

concernés de partager les informations strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions, dans le respect du secret médical.

Les arrêts de travail et les situations d'invalidité peuvent donner lieu au versement concomitant de prestations par l'assurance maladie obligatoire et les organismes de prévoyance, qui disposent chacun de leurs propres moyens d'appréciation de la justification médicale des prestations.

La loi n° 2026-534 du 25 juin 2026 relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales a constitué une première avancée en prévoyant que l'employeur, informé par l'Assurance maladie de la suspension des indemnités journalières, en avise l'organisme assurant le versement de prestations complémentaires. Ce dispositif demeure toutefois partiel : il intervient uniquement après la décision de suspension, repose sur l'intermédiation de l'employeur et n'organise pas d'échanges directs entre les services médicaux concernés.

Ainsi, pour une même situation d'incapacité de travail ou d'invalidité, l'assurance maladie obligatoire et l'organisme de prévoyance peuvent engager séparément des contrôles sans avoir connaissance des démarches déjà réalisées ni de leurs conclusions.

Le présent amendement permet donc aux organismes concernés de s'informer mutuellement dès le déclenchement d'un contrôle et jusqu'aux décisions prises à son issue, et autorise leurs services médicaux de contrôle à échanger les éléments médicaux utiles.

Il ne crée aucune automaticité entre les décisions des différents financeurs : chacun demeure compétent pour apprécier les conséquences des informations reçues au regard des règles et garanties qui lui sont applicables.

Compte tenu de la sensibilité des données concernées, les échanges seront réservés aux professionnels habilités et limités aux informations strictement nécessaires. Leurs modalités seront définies par décret en Conseil d'État, dans le respect du secret médical et des règles relatives à la protection des données personnelles.

Cette coordination doit permettre d'éviter la redondance des expertises et de tirer plus rapidement les conséquences des éléments recueillis sur les prestations versées. Au-delà des effets de redondance, cette absence de coordination nuit à l'efficacité des actions engagées et accroît les délais de traitement. Pour l'Assurance maladie, la connaissance des contrôles déjà menés par les organismes de prévoyance permettrait de mieux cibler ses propres vérifications et d'éviter la répétition d'examens portant sur une même situation. Cette meilleure coordination contribuerait à réduire les délais et les coûts d'instruction, à interrompre plus rapidement le versement de prestations qui ne seraient plus médicalement justifiées et, lorsque l'état de santé de l'assuré le permet, à favoriser son retour à l'emploi.

Le présent amendement prolonge ainsi la démarche engagée par la loi du 25 juin 2026, en permettant une coordination directe entre les acteurs chargés d'apprécier la justification médicale des prestations obligatoires et complémentaires. Il est de nature à réduire les coûts des arrêts de travail pour la branche maladie.

Cet amendement a été travaillé avec France Assureurs, l'organisme fédérant les entreprises d'assurance.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2781

AMENDEMENT

présenté par

M. Turquois, M. Philippe Vigier, M. Grelier, Mme Gervais, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fesneau, M. Fuchs, Mme Perrine Goulet, Mme Guillerm, M. Gumbs, M. Isaac-Sibille, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et les membres du groupe Les Démocrates

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 20, insérer l'article suivant:**

Au deuxième alinéa du II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « profession », sont insérés les mots : « ou que les durées prescrites pour certaines pathologies, définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale excèdent significativement celles issues des recommandations de la Haute Autorité de santé ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La maîtrise du coût des arrêts de travail est un des enjeux majeurs pour notre système de protection sociale. Dans ce cadre, le présent amendement vise à prévoir, par le service médical de l'assurance maladie le contrôle des arrêts de travail qui dépassent les durées de référence établies après intervention de la Haute Autorité de santé, en définissant, par arrêté, les pathologies jugées prioritaires.

Un arrêt dépassant une durée de référence n'est pas, par principe, médicalement injustifié. La durée nécessaire d'un arrêt doit continuer à être appréciée au regard de la situation clinique de l'assuré, de son activité professionnelle et de ses conditions de travail. Les durées de référence constituent des repères destinés à éclairer la prescription et non des durées maximales opposables.

Toutefois, lorsque plusieurs arrêts prescrits par un professionnel de santé dépassent les durées de référence retenues pour certaines pathologies, une nouvelle appréciation médicale de la situation peut être légitime afin de vérifier que leur poursuite demeure justifiée et, lorsque l'état de santé des assurés le permet, d'identifier les mesures susceptibles de favoriser la reprise d'activité et de prévenir leur éloignement durable de l'emploi.

L'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale prévoit déjà l'intervention du service médical lorsque l'activité de prescription d'arrêts de travail d'un professionnel apparaît anormalement élevée par rapport aux pratiques constatées au sein de la même profession. Le présent amendement complète ce dispositif en prévoyant un renforcement du contrôle médical lorsque la durée des arrêts prescrits par un professionnel de santé excède significativement, pour certaines pathologies, les durées de référence retenues.

Il ne s'agit donc ni d'instaurer une durée maximale d'arrêt de travail par pathologie ni de prévoir une interruption automatique du versement des indemnités journalières. Le dépassement de la durée de référence conduit uniquement à un nouvel examen des arrêts prescrits par le professionnel de santé en fonction de chaque situation, qui demeure appréciée individuellement.

Pour autant, en cherchant à réduire les écarts de durée avec les recommandations émises par les autorités sanitaires compétentes, cet amendement est de nature à permettre de réduire le coût des arrêts de travail pour la branche maladie, qui représentait près de 11,3 milliards d'euros pour le seul régime général en 2025, avec une progression annuelle moyenne de 5,5 % depuis 2019.

Cet amendement a été travaillé avec France Assureurs, l'organisme de représentation des entreprises d'assurance.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 1001

AMENDEMENT

présenté par

Mme Colin-Oesterlé, M. Gernigon, Mme Gervais, Mme Fruchon, Mme Spillebout, M. Ott,
M. Fait, M. Lam, Mme Parmentier-Lecocq, Mme Violland et M. Mazaury

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 22, insérer l'article suivant:**

I. – Le I de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'infirmier titulaire du diplôme d'État de puéricultrice, sauf en cas d'indication contraire du médecin, peut prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. »

II. – La mise en œuvre de cette compétence est conditionnée à la publication, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, d'un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixant la liste des dispositifs médicaux concernés.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le législateur a confié une nouvelle compétence aux infirmiers titulaires du diplôme d'Etat de puéricultrice, celle de la prescription de dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. En effet, l'article 34 de la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, entrée en vigueur le 9 février 2022, a inséré cette nouvelle compétence à l'article L. 4311-1 du Code de la santé publique.

Toutefois, à ce jour l'arrêté devant être pris par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale conformément au texte, afin d'indiquer la liste des dispositifs médicaux concernés, n'a pas été adopté. En outre, la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 a réécrit l'article L. 4311-1 sans reprendre cette disposition, que le présent amendement rétablit. Aussi, afin que les infirmiers titulaires du diplôme d'Etat de puéricultrice puissent effectivement répondre aux besoins des patients en matière de prescription de dispositifs médicaux d'aide à l'allaitement, il apparaît nécessaire que cet arrêté

soit adopté dans les meilleurs délais.
Cet amendement a été travaillé avec l'Ordre National des Infirmiers.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 1005

AMENDEMENT

présenté par

Mme Colin-Oesterlé, M. Gernigon, Mme Gervais, Mme Fruchon, M. Ott, M. Fait, M. Lam,
Mme Lise Magnier, Mme Parmentier-Lecocq, Mme Violland et M. Mazaury

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 24, insérer l'article suivant:**

I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter du 1er janvier 2027, l'État peut autoriser la mise en œuvre, dans trois départements volontaires, d'un dispositif de conventions conclues entre les services de l'aide sociale à l'enfance et les secteurs de pédopsychiatrie.

Ces conventions ont pour objet d'assurer la coordination du dépistage, de la prévention et du traitement des troubles psychiatriques des mineurs suivis par l'aide sociale à l'enfance.

II. – Les modalités de mise en œuvre, de sélection des départements, de suivi et d'évaluation de l'expérimentation sont fixées par décret.

III. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation portant sur son efficacité, ses résultats et les conditions d'une éventuelle généralisation à l'ensemble du territoire national.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement est issu des recommandations inscrites dans le rapport sur la santé mentale des mineurs publié le 10 juillet 2025.

Les mineurs suivis par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) sont surreprésentés dans la file active de patients atteints de troubles psychiques sans pour autant bénéficier de soins au long cours.

La Haute Autorité de santé, estime la prévalence des troubles mentaux chez ces mineurs comme étant près de quatre fois supérieure à celle observée en population générale.

Pourtant, le suivi médical régulier de ces mineurs est défaillant : les bilans de santé sont irréguliers, les ruptures de parcours fréquentes, et la coordination entre les services sociaux et les structures de soins souvent insuffisante.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2756

AMENDEMENT

présenté par

M. Philippe Vigier, M. Turquois, M. Grelier, Mme Gervais, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fesneau, M. Fuchs, Mme Perrine Goulet, Mme Guillerm, M. Gumbs, M. Isaac-Sibille, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et les membres du groupe Les Démocrates

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 26, insérer l'article suivant:**

I. – L'article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mots : « efficience », sont insérés les mots : « de leur organisation ainsi qu'à l'efficience » ;

2° Après le 1°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Pour les établissements publics de santé, figure parmi les objectifs nationaux mentionnés au deuxième alinéa un objectif relatif à la proportion des effectifs non soignants dans l'effectif total de l'établissement. Cet objectif est fixé à une proportion n'excédant pas 25 %. Un décret peut prévoir des dérogations exceptionnelles possibles à cette proportion au regard de la situation spécifique de chaque établissement.

« Lorsque cette proportion excède 25 %, et hors circonstances particulières le justifiant, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, après échange contradictoire avec l'établissement, une trajectoire de convergence tenant compte de sa situation et de ses caractéristiques. À défaut de respect de cette trajectoire, la pénalité financière prévue au 2° est appliquée dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

3° L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce décret précise également

la liste des professions considérées comme soignantes et non soignantes, les modalités de calcul des effectifs ainsi que les conditions de détermination, la durée et les modalités de suivi de la trajectoire de convergence mentionnée au présent article. »

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} juillet 2027.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le groupe Les Démocrates souhaite réaffirmer une priorité simple : l'hôpital doit d'abord disposer des femmes et des hommes nécessaires pour soigner.

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, la commission des affaires sociales avait adopté, le 29 octobre 2025, un amendement du groupe fixant un objectif de 75 % de personnels soignants et de 25 % de personnels non soignants. Le rapporteur général avait alors salué un cap « clair et réaliste » ainsi qu'une approche « raisonnée et méthodique ».

Le présent amendement reprend cet objectif en l'intégrant au dispositif d'intéressement à l'efficience des établissements de santé créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026. Le respect d'une proportion maximale de 25 % de personnels non soignants devient ainsi un objectif d'efficience susceptible d'avoir une conséquence directe sur les financements versés par l'assurance maladie.

Comparé à la version de l'amendement débattu en commission des affaires sociales, un décret peut prévoir des dérogations exceptionnelles possibles à cette proportion au regard de la situation spécifique de chaque établissement.

Il ne s'agit pas d'imposer des suppressions brutales de postes ni de méconnaître le rôle indispensable des secrétaires médicaux, des personnels logistiques, techniques ou administratifs qui concourent au bon fonctionnement de l'hôpital et permettent aussi de libérer du temps médical. Un décret en Conseil d'État définira précisément les professions concernées et les établissements dépassant le seuil bénéficieront d'une trajectoire de convergence adaptée à leur situation.

L'objectif est de réorienter progressivement les moyens vers le soin, de réduire le poids des tâches administratives et d'améliorer l'efficience de la dépense hospitalière, sans créer de dépense publique supplémentaire.

Une entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2027 est prévue afin de laisser aux établissements de santé et aux agences régionales de santé le temps nécessaire pour identifier les effectifs concernés et organiser la mise en œuvre du dispositif.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2760

AMENDEMENT

présenté par

M. Turquois, M. Grelier, M. Fesneau, M. Philippe Vigier, M. Isaac-Sibille, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fuchs, Mme Gervais, Mme Perrine Goulet, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos et Mme Thillaye

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 26, insérer l'article suivant:**

L'article L. 162-22-3-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 2° du I, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Pour les établissements de santé mentionnés au *d* de l'article L. 162-22, lorsqu'ils recourent à des médecins salariés pour assurer le fonctionnement d'une activité de médecine ou de médecine d'urgence, les tarifs mentionnés au 1° sont complétés par un financement destiné à couvrir les charges supportées par l'établissement au titre de la rémunération de ces médecins, y compris les charges sociales afférentes. Le montant de ce financement est égal aux charges effectivement supportées à ce titre par l'établissement, déduction faite, le cas échéant, des financements spécifiquement versés pour couvrir tout ou partie de ces mêmes charges. Ce financement est pris en charge par le Fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8. »

« Lorsqu'un établissement de santé mentionné au *d* de l'article L. 162-22 est, sur un territoire donné, le seul établissement relevant de cette catégorie aux côtés d'un établissement mentionné aux *a*, *b* ou *c* du même article, les tarifs nationaux mentionnés au 1° du présent I applicables à cet établissement sont majorés, dans le respect du montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-1, d'un montant égal à 50 % de l'écart entre les tarifs applicables aux établissements mentionnés aux *a*, *b* ou *c* de l'article L. 162-22 et ceux applicables aux établissements mentionnés au *d* du même article. »

2° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application des deux alinéas précédents, notamment les modalités de détermination des territoires et des activités concernés, ainsi que les modalités de calcul et de versement du financement complémentaire et de la majoration tarifaire qu'ils prévoient. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Modalités tarifaires spécifiques pour les établissements de santé privés qui remplissent un rôle sanitaire indispensable.

Le présent amendement vise à sécuriser l'offre de soins des établissements de santé privés dont le rôle est essentiel sur leur territoire, en apportant des correctifs au modèle tarifaire s'appliquant à ces établissements.

Les établissements de santé privés dits « ex-OQN (objectif quantifié national) », soit la quasi-totalité des cliniques, sont financés selon une échelle tarifaire distincte de celle des établissements de santé dits « ex-DG (dotation globale de financement) » - les hôpitaux publics et la plupart des cliniques à but non lucratif. Cette différence d'échelle tarifaire est partiellement justifiée. En effet, les tarifs publics sont « tout compris » : ils incluent les rémunérations des médecins (contrairement aux établissements de santé privé à but commercial dans lesquels les praticiens sont en majorité libéraux).

Toutefois, même en réintégrant dans les tarifs privés les honoraires des praticiens libéraux, l'écart tarifaire demeure conséquent. En 2005, l'IGAS estimait ainsi que « les tarifs publics des GHS, en moyenne pondérée, s'élèvent à 1,81 fois les tarifs privés, après réintégration des honoraires médecins et des dépenses de radiologie et de biologie ».

Lors de l'instauration de la tarification à l'activité (T2A), la loi de financement de la Sécurité sociale de 2004 fixait un objectif ambitieux : parvenir à une convergence tarifaire complète entre les secteurs public et privé à l'horizon 2012. L'idée sous-jacente : pour un même acte médical, le financement par l'Assurance maladie devait être identique, quel que soit l'établissement dans lequel il était réalisé. Cette convergence devait renforcer la transparence et l'équité entre établissements, tout en évitant les distorsions de concurrence. Cet objectif de convergence tarifaire a été définitivement abandonné dans la LFSS pour 2013.

S'il ne s'agit pas de revenir sur le principe d'échelle tarifaire distincte, il s'agit d'en corriger les effets les plus notables en prévoyant deux mesures permettant de sécuriser l'offre de soins des établissements de santé privés à but commercial :

- d'une part, prévoir que lorsque les établissements de santé doivent salarier des praticiens afin d'assurer le maintien d'activités essentielles (principalement médecine et médecine d'urgence), le salariat des médecins est pris en charge via un financement s'ajoutant aux ressources perçues par les établissements ;

- d'autre part, prévoir que lorsque des établissements de santé privés ont un rôle essentiel au sein de leur territoire de santé, parce qu'ils constituent la seule offre privée aux côtés de l'hôpital public, les tarifs sont majorés de 50% de l'écart entre le tarif public et le tarif privé.

Ces deux mesures permettront d'assurer le maintien de ces établissements, dont la pérennité économique n'est aujourd'hui plus assurée, et de renforcer l'accès aux soins de la population.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2767

AMENDEMENT

présenté par

M. Isaac-Sibille, M. Turquois, M. Fesneau, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fuchs, Mme Gervais, Mme Perrine Goulet, M. Grelier, Mme Guillem, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et M. Philippe Vigier

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 26, insérer l'article suivant:**

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le déploiement, en établissement de santé et en ville, du dispositif « *Make Every Contact Count* » permettant que chaque interaction avec un professionnel de santé soit une opportunité de prévention en santé.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement d'appel invite le Gouvernement à déployer l'approche « *Make every contact count* » (MECC) qui, comme l'indique l'IGAS dans son rapport d'octobre 2024, « à tirer profit de toutes les occasions de contact et de rencontre entre le professionnel de santé et le patient pour engager des conversations sur ses habitudes de vie et ses comportements liés à la santé. Il s'agit par le dialogue informel de le questionner, de le faire réfléchir et de l'inciter à opérer des changements de mode de vie en lui donnant une meilleure compréhension des comportements à risque et de leur impact potentiel sur sa santé et son bien-être. »

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2771

AMENDEMENT

présenté par

M. Turquois, M. Isaac-Sibille, M. Grelier, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fesneau, M. Fuchs, Mme Gervais, Mme Perrine Goulet, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et M. Philippe Vigier

ARTICLE 27

À l'alinéa 14, après le mot :

« intégration »,

insérer les mots :

« , les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement, adopté en commission des affaires sociales, vise à permettre aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap de s'approvisionner en vaccins et de les conserver au sein de leurs locaux, dans des conditions garantissant leur sécurité et leur traçabilité.

L'article 27 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 prévoit d'étendre la possibilité de détenir des stocks de vaccins à plusieurs structures, notamment les services de prévention et de santé au travail et les laboratoires de biologie médicale. Il apparaît nécessaire d'en faire également bénéficier les établissements accueillant des personnes en situation de handicap.

En effet, les personnes accompagnées dans ces établissements peuvent rencontrer des difficultés particulières d'accès aux soins, notamment en raison de leurs limitations fonctionnelles, de difficultés de déplacement ou de la nécessité d'un accompagnement adapté. La possibilité de disposer de vaccins directement dans les établissements faciliterait l'organisation de campagnes de vaccination et limiterait les déplacements évitables.

Si certains établissements médico-sociaux disposent déjà d'une pharmacie à usage intérieur, cette possibilité n'est pas généralisée. Le présent amendement vise ainsi à permettre aux structures qui n'en disposent pas de bénéficier d'un dispositif simplifié d'approvisionnement et de conservation des vaccins.

Cette faculté serait exercée dans les conditions prévues à l'article L. 4211-4 du code de la santé publique, notamment en matière de conservation, de respect de la chaîne du froid et de traçabilité. L'administration des vaccins demeurerait réservée aux professionnels de santé légalement habilités.

Cette mesure permettrait de renforcer l'accès à la prévention des personnes en situation de handicap, dans la continuité des dispositions du PLFSS visant à développer la vaccination au plus près des lieux de vie.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 992

AMENDEMENT

présenté par

Mme Colin-Oesterlé, M. Gernigon, M. Bothorel, M. Bonnecarrère, Mme Fruchon,
Mme Spillebout, M. Ott, M. Berrios, M. Fait, M. Lam, Mme Lise Magnier, Mme Parmentier-
Lecocq, Mme Violland et M. Mazaury

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 28, insérer l'article suivant:**

Le troisième alinéa de l'article L. 5125-4 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Lorsque la dernière officine présente dans une commune de moins de 2 500 habitants a cessé définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants, une nouvelle autorisation peut être délivrée pour l'installation d'une officine par voie de création, d'antenne, de transfert ou de regroupement dans cette commune dans l'année suivant la cessation définitive de l'activité de l'officine. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

D'après le dernier panorama des pharmaciens de l'Ordre national des pharmaciens, il est précisé qu'au 1er janvier 2026 une officine dessert en moyenne 3 446 habitants et qu'il y a 29 officines pour 100 000 habitants, contre 34 officines en 2015.

Il est urgent de lutter contre la désertification pharmaceutique, de pallier l'absence d'accès aux produits de santé des patients et de garantir un approvisionnement thérapeutique continu à toute la population en France.

Partant, lorsque la dernière pharmacie a définitivement fermé et qu'elle desservait un bassin populationnel suffisant (c'est-à-dire les 2 500 habitants exigés par les articles L.5125-3 et suivants du Code de la santé publique), la réouverture d'une pharmacie dans l'année suivant la restitution de la licence à l'ARS doit être possible soit par voie d'une antenne de pharmacie, soit par voie de transfert ou de création.

Il est nécessaire de préciser que cette réouverture doit intervenir dans l'année suivant la cessation définitive de l'activité de l'officine afin de garantir une viabilité économique pérenne de celle-ci. Au-delà d'un an, les patients auront changé leur habitude d'approvisionnement vers une autre officine.

Cet amendement a été travaillé avec l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (UPSO).

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2238

AMENDEMENT

présenté par

Mme de Pélichy, M. Éric Gérard, M. Lenormand, M. Mazaury, M. Molac, M. Serva, M. Ott,
Mme Spillebout, M. Becht, M. Barusseau, M. Mickaël Bouloux, M. Daubié, Mme Bergantz,
M. Valletoux, M. Eskenazi et Mme Duby-Muller

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 29, insérer l'article suivant:**

I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication du décret prévu au III, des projets de recherche clinique portant sur le diagnostic préimplantatoire avec recherche d'aneuploïdies (DPI-A) peuvent être conduits dans des établissements de santé autorisés à pratiquer le diagnostic préimplantatoire, dans le respect des dispositions applicables à la recherche impliquant la personne humaine et à l'assistance médicale à la procréation.

Ces projets ont pour objectif d'évaluer la pertinence médicale du DPI-A, ses effets sur les taux de grossesse évolutive et de naissance vivante, les risques de résultats faussement positifs ou négatifs ainsi que ses conséquences pour les personnes engagées dans un parcours d'assistance médicale à la procréation.

II. – Les projets mentionnés au I font l'objet d'une évaluation scientifique, médicale, éthique et médico-économique indépendante. Cette évaluation tient notamment compte de l'âge des patientes, des indications médicales, des risques associés aux techniques employées et des alternatives disponibles.

III. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de sélection, de financement et de suivi des projets, les conditions de participation des établissements ainsi que les modalités de l'évaluation prévue au II.

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois suivant le terme de l'expérimentation, un rapport présentant les résultats obtenus et les conclusions relatives à la pertinence d'une éventuelle évolution du cadre juridique applicable au DPI-A.

IV. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le DPI-A (Diagnostic Pré-Implantatoire des Aneuploïdies) est un examen réalisé dans le cadre d'une FIV (fécondation in vitro), sur quelques cellules prélevées d'un embryon avant son transfert, afin de vérifier qu'il a un nombre normal de chromosomes. Autorisé dans la quasi-totalité des pays européens (Espagne, Italie, Belgique, Portugal, Royaume-Uni, Danemark, République tchèque...), il reste interdit en France.

Alors que certains couples se rendent à l'étranger pour accéder à cette technique, il apparaît nécessaire de poursuivre l'évaluation scientifique de ses bénéfices et de ses limites, dans un cadre rigoureux et transparent.

Le présent amendement vise à titre expérimental et pour une durée de trois ans, des projets de recherche clinique portant sur le diagnostic préimplantatoire avec recherche d'aneuploïdies (DPI-A) peuvent être conduits dans des établissements de santé autorisés à pratiquer le diagnostic préimplantatoire, dans le respect des dispositions applicables à la recherche impliquant la personne humaine et à l'assistance médicale à la procréation.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2254

AMENDEMENT

présenté par

Mme de Pélichy, M. Éric Gérard, M. Lenormand, M. Molac, M. Serva, Mme Bergantz,
M. Valletoux, M. Eskenazi, Mme Duby-Muller, M. Ott, Mme Spillebout, M. Becht, M. Mazaury,
M. Barusseau, M. Mickaël Bouloux et M. Daubié

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 29, insérer l'article suivant:**

I. – Dans le cadre des dispositifs existants de financement de la recherche clinique, des projets de recherche portant sur le diagnostic préimplantatoire avec recherche d'aneuploïdies (DPI-A) peuvent être soutenus afin d'évaluer sa pertinence médicale, son efficacité et ses limites dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation.

Ces projets portent notamment sur les taux de grossesse évolutive et de naissance vivante, la fréquence des résultats faussement positifs ou négatifs, les risques liés aux techniques de prélèvement et d'analyse, ainsi que les conséquences médicales, éthiques et médico-économiques de cette technique.

II. – Les projets sont sélectionnés selon des critères scientifiques indépendants, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables.

III. – Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport présentant l'état des recherches conduites sur le DPI-A en France, leurs résultats et les perspectives qu'elles ouvrent pour l'évolution éventuelle du cadre juridique applicable à cette technique.

IV. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le DPI-A (Diagnostic Pré-Implantatoire des Aneuploïdies) est un examen réalisé dans le cadre d'une FIV (fécondation in vitro), sur quelques cellules prélevées d'un embryon avant son transfert, afin de vérifier qu'il a un nombre normal de chromosomes. Autorisé dans la quasi-totalité des pays européens (Espagne, Italie, Belgique, Portugal, Royaume-Uni, Danemark, République tchèque...), il reste interdit en France.

Aujourd'hui, en France, Les données disponibles ne permettent pas de considérer que ses bénéfices sont établis pour toutes les catégories de patientes et toutes les indications. Il est donc essentiel de poursuivre les recherches afin de disposer de données fiables, notamment sur les chances de naissance vivante, les risques de résultats erronés et les conséquences médico-économiques de cette technique.

Le présent amendement vise à favoriser la production de données scientifiques françaises en s'appuyant sur les dispositifs existants de financement de la recherche clinique.

Les résultats de ces travaux permettront d'éclairer le débat public et les décisions du législateur à l'occasion de l'évolution du cadre de la bioéthique.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2375

AMENDEMENT

présenté par

Mme Le Nabour, M. Marion, M. Frébault, M. Gernigon, Mme Riotton, Mme Vignon,
Mme Violland et M. Ott

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 31, insérer l'article suivant:**

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-12-2 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour l'application du présent article, constituent des stipulations financières propres aux infirmiers en pratique avancée les stipulations de la convention ou de ses avenants qui ont, par elles-mêmes, un effet direct sur les dépenses des régimes obligatoires de base d'assurance maladie et qui affectent directement l'équilibre financier de ces régimes, en fixant ou en modifiant, exclusivement pour les infirmiers exerçant en pratique avancée mentionnés à l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, des tarifs, des rémunérations, des aides conventionnelles ou des conditions de prise en charge financière par l'assurance maladie.

« Ces stipulations sont regroupées dans une annexe distincte de la convention ou de l'avenant. Cette annexe retrace, à partir des données et évaluations dont l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dispose dans le cadre de ses missions et de la négociation conventionnelle, leur incidence financière prévisionnelle sur les dépenses des régimes obligatoires de base d'assurance maladie. L'absence de cette annexe fait obstacle à l'entrée en vigueur de ces stipulations.

« Les stipulations applicables à d'autres infirmiers que ceux exerçant en pratique avancée, y compris lorsqu'elles sont également applicables aux infirmiers en pratique avancée, ainsi que les stipulations qui n'ont pas, par elles-mêmes, d'effet direct sur les dépenses des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, ne constituent pas des stipulations financières propres aux infirmiers en pratique avancée au sens du présent article. » ;

2° Après le premier alinéa du II de l'article L. 162-14-1-2, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque la convention mentionnée à l'article L. 162-12-2 ou l'un de ses avenants comporte, y compris au sein d'un avenant contenant également des stipulations applicables à d'autres infirmiers, des stipulations financières propres aux infirmiers en pratique avancée au sens du même article L. 162-12-2, les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national auprès de ces infirmiers dans les conditions prévues aux quatre derniers alinéas de l'article L. 162-33 constituent, au sein de la négociation conventionnelle et pour ces seules stipulations financières, un collège de signature dénommé « collège des infirmiers en pratique avancée ».

« La validité et l'entrée en vigueur de ces seules stipulations financières sont, sans préjudice de la condition prévue au premier alinéa du présent II, en outre subordonnées à leur signature par une ou plusieurs organisations appartenant au collège des infirmiers en pratique avancée et représentant ensemble au moins 50 % de l'audience établie auprès des infirmiers en pratique avancée relevant de la convention mentionnée à l'article L. 162-12-2.

« Le collège des infirmiers en pratique avancée ne constitue ni une personne morale ni une instance distincte de la négociation conventionnelle. Il ne dispose d'aucun moyen propre. Il n'exerce aucune compétence de négociation ou de signature sur les stipulations applicables aux autres infirmiers ou communes à plusieurs catégories d'infirmiers. L'absence de sa signature ne conditionne pas la validité des autres stipulations de la convention ou de ses avenants. » ;

3° L'article L. 162-33 est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Pour la seule application des conditions de validité et d'entrée en vigueur des stipulations financières propres aux infirmiers en pratique avancée prévues au II de l'article L. 162-14-1-2, sont habilitées à participer au collège des infirmiers en pratique avancée les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national auprès de ces infirmiers par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dont les statuts leur donnent vocation à représenter les infirmiers en pratique avancée et qui comptent parmi leurs adhérents des infirmiers en pratique avancée relevant de la convention mentionnée à l'article L. 162-12-2.

« Cette représentativité est appréciée dans le cadre de l'enquête organisée pour la profession infirmière, sans consultation électorale distincte, au regard de l'indépendance de l'organisation, d'une ancienneté minimale de deux ans dans la représentation spécifique des infirmiers en pratique avancée, appréciée à compter de la date du dépôt légal de la première version des statuts mentionnant expressément cette mission ou, lorsque cette mission résulte d'une modification ultérieure, à compter de la date du dépôt légal de cette modification, de l'exercice pendant cette même durée d'une activité effective, publique et continue de représentation de ces professionnels, de ses effectifs d'adhérents infirmiers en pratique avancée à jour de leur cotisation et de son audience.

« L'audience de chaque organisation est déterminée à partir de ses seuls adhérents infirmiers en pratique avancée relevant de la convention mentionnée à l'article L. 162-12-2 et à jour de leur cotisation. Seules peuvent être reconnues représentatives les organisations réunissant au moins 10 % de l'audience totale ainsi constatée. Lorsqu'une organisation représente plusieurs catégories d'infirmiers, la condition d'ancienneté prévue à l'alinéa précédent est appréciée à compter de la date du dépôt légal de la modification statutaire instituant une structure spécifiquement chargée de

la représentation des infirmiers en pratique avancée. Cette structure doit disposer, depuis au moins deux ans, d'un fonctionnement effectif et de la compétence statutaire pour arrêter les positions de l'organisation et décider de la signature des stipulations financières propres aux infirmiers en pratique avancée. L'ancienneté générale acquise par l'organisation avant l'institution de cette représentation spécifique ne peut être prise en compte. Seuls sont comptabilisés les adhérents infirmiers en pratique avancée participant, selon les statuts de l'organisation, à la désignation de l'instance compétente. Les étudiants en formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée ne sont pas pris en compte pour la détermination de cette audience.

« Un décret en Conseil d'État précise, dans le cadre de l'enquête de représentativité organisée pour la profession infirmière et sans création d'une enquête ou d'une consultation distincte, les modalités d'application des trois alinéas précédents, notamment la date d'appréciation des effectifs et de l'audience, les pièces permettant de les établir, la procédure contradictoire ainsi que les règles destinées à prévenir la prise en compte multiple d'un même adhérent. » ;

4° Après le premier alinéa de l'article L. 162-15, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la convention mentionnée à l'article L. 162-12-2 ou l'un de ses avenants comporte des stipulations financières propres aux infirmiers en pratique avancée au sens du même article, leur approbation et leur entrée en vigueur sont subordonnées à la présence de l'annexe financière prévue audit article et à la compatibilité de leur incidence financière prévisionnelle avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et, le cas échéant, ses sous-objectifs. L'absence de cette annexe ou l'incompatibilité constatée avec ces objectifs fait obstacle à leur approbation et à leur entrée en vigueur. »

II. – Le I est applicable aux conventions et avenants dont les stipulations financières produisent leurs effets à compter du 1er février 2027. Pour la première constitution du collège des infirmiers en pratique avancée, l'audience mentionnée au troisième alinéa du II de l'article L. 162-14-1-2 est appréciée au regard des effectifs d'adhérents remplissant les conditions prévues à l'article L. 162-33 et à jour de leur cotisation au 31 janvier 2027.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les infirmiers en pratique avancée (IPA) exercent des compétences élargies, entre le médecin et l'infirmier, et jouent un rôle croissant dans l'accès aux soins. Leurs tarifs et rémunérations sont fixés par la convention nationale des infirmiers.

Or la validité de cette convention repose sur une audience mesurée à l'échelle de toute la profession infirmière. Les clauses financières propres aux IPA peuvent donc être signées sans l'accord des organisations qui les représentent effectivement.

Le présent amendement crée, au sein de la négociation conventionnelle unique, un collège de signature pour ces seules clauses. Il ne crée ni convention séparée, ni instance nouvelle, ni droit de veto sur les clauses communes. Le seuil de 10 % garantit le pluralisme, et la majorité de 50 % empêche une organisation minoritaire de décider seule.

Le dispositif est rattaché à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Les clauses concernées sont définies par leur effet direct sur la dépense, retrace dans une annexe financière obligatoire, et leur approbation est subordonnée à leur compatibilité avec l'ONDAM. L'amendement ne crée par lui-même aucun tarif, aucune rémunération ni aucune dépense.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2762

AMENDEMENT

présenté par

M. Turquois, M. Isaac-Sibille, M. Grelier, M. Fesneau, M. Balanant, Mme Bannier,
Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq,
M. Daubié, M. Fuchs, Mme Gervais, Mme Perrine Goulet, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso,
M. Latombe, M. Lecamp, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette,
Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto,
M. Ramos, Mme Thillaye et M. Philippe Vigier

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 31, insérer l'article suivant:**

Le troisième alinéa de l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin de la deuxième phrase, les mots : « elle ne peut alors leur transmettre l'accord, la convention ou l'avenant en vue de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 qu'après un délai minimal fixé par décret » sont remplacés par les mots : « le refus de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de conclure un accord, une convention ou un avenant fait obstacle à son entrée en vigueur. »

2° la dernière phrase est supprimée.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les organismes complémentaires d'assurance maladie occupent une place croissante dans le financement de certains postes de soins. En effet, les transferts de charges de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires santé intervenus ces dernières années augmentent mécaniquement la part supportée par les complémentaires santé. Sur certains postes tels que les soins et prothèses dentaires, les complémentaires santé sont ainsi devenues les financeurs majoritaires.

L'UNOCAM (Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire) participe à la

négociation et à la signature des conventions nationales conclues avec l'Assurance maladie obligatoire et les professionnels de santé. Afin de garantir un véritable équilibre entre les parties prenantes, il apparaît nécessaire de renforcer son pouvoir de négociation afin que celui-ci reflète réellement le poids des complémentaires santé dans la prise en charge des dépenses de santé concernées.

Les décisions ayant un impact financier pour les organismes complémentaires doivent en effet être prises dans un cadre pleinement partenarial, associant ainsi l'Assurance maladie, les professionnels de santé et l'assurance maladie complémentaire. A cette fin, le poids de chacune des familles d'organismes d'assurance devrait être actualisé au sein de l'UNOCAM. Pour ce faire, l'amendement pose une obligation de signature par l'UNOCAM pour les accords, conventions, avenants pour lesquels la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est minoritaire.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2757

AMENDEMENT

présenté par

M. Philippe Vigier, M. Turquois, M. Grelier, M. Isaac-Sibille, Mme Gervais, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fesneau, M. Fuchs, Mme Perrine Goulet, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et les membres du groupe Les Démocrates

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 32, insérer l'article suivant:**

Dans un délai de neuf mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'application de l'article 78 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, relatif notamment à la fiabilisation des données de ressources, à la simplification des démarches et à la lutte contre le non-recours aux prestations sociales.

Ce rapport évalue les effets des dispositifs mis en œuvre par les organismes de sécurité sociale sur l'accès aux droits, la continuité du versement des prestations et les dépenses de gestion. Il examine notamment :

1° Les résultats obtenus en matière de réduction du non-recours, de simplification des démarches, de fiabilisation des ressources déclarées et de limitation des erreurs et des indus ;

2° Les possibilités d'harmonisation des bases de ressources et des règles de calcul du revenu de solidarité active, de la prime d'activité et des aides personnelles au logement, afin de garantir une meilleure cohérence entre ces prestations ;

3° Les conditions dans lesquelles ces évolutions pourraient constituer le socle d'une allocation sociale unique, permettant de garantir un gain financier effectif lors de la reprise ou de l'augmentation d'une activité professionnelle, de faciliter l'accès aux droits et de réduire les

différences de traitement injustifiées entre des foyers placés dans des situations comparables ;

4° Les conséquences financières et redistributives de différents scénarios de rapprochement ou d'unification de ces prestations, en distinguant leurs effets sur les finances des organismes de sécurité sociale, de l'État et des départements, ainsi que sur les revenus disponibles des ménages selon leur composition familiale et leur situation professionnelle ;

5° Les conditions techniques, administratives et financières ainsi que le calendrier envisageable pour poursuivre la simplification et l'harmonisation de ces prestations, en s'appuyant sur les dispositifs existants de collecte et de fiabilisation des données de ressources.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement du groupe Les Démocrates vise à poursuivre les travaux engagés depuis plusieurs années en faveur de l'instauration d'une allocation sociale unique (ASU), afin de rendre notre système de solidarité plus simple, plus juste et davantage incitatif à la reprise d'emploi.

La multiplicité des prestations sociales, la diversité de leurs bases de ressources et de leurs règles de calcul nuisent aujourd'hui à la lisibilité du système. Cette complexité contribue au non-recours, peut entraîner des différences de traitement difficilement justifiables entre des foyers de situation comparable et rend parfois peu lisible le gain financier résultant d'une reprise d'activité.

Cette réforme a déjà fait l'objet de nombreux travaux, qui doivent désormais trouver une traduction concrète. Dès avril 2016, le rapport de Christophe Sirugue, « Repenser les minima sociaux : vers une couverture socle commune », soulignait la nécessité de simplifier et d'harmoniser les prestations de solidarité. En septembre 2018, le rapport de Christine Cloarec-Le Nabour et Julien Damon, « La juste prestation : pour des prestations et un accompagnement ajustés », formulait des propositions visant à garantir le versement des prestations à juste droit et à réduire le non-recours.

Ces réflexions ont été prolongées par la concertation nationale engagée en juin 2019 sur le revenu universel d'activité, puis par les travaux de préfiguration conduits sous la responsabilité de Fabrice Lengart, dont un rapport a été remis au Gouvernement en janvier 2022. Elles ont également nourri le déploiement de la « solidarité à la source », avec la généralisation, en 2025, du préremplissage des déclarations de ressources pour le revenu de solidarité active et la prime d'activité.

Plus récemment, la mission flash conduite par les députées Nathalie Colin-Oesterlé et Sandrine Runel, dont les conclusions ont été présentées en juillet 2025, a confirmé l'intérêt d'une réforme articulant simplification, lutte contre le non-recours et meilleure valorisation du travail, tout en soulignant la nécessité d'en évaluer précisément les effets redistributifs. Les travaux gouvernementaux de préfiguration d'une allocation de solidarité unifiée en 2026, ainsi que l'avis rendu en mai 2026 par le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, ont également permis d'identifier les conditions et les points de vigilance d'une telle réforme.

Le groupe Les Démocrates a lui-même défendu cette ambition, notamment à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, en proposant d'engager une réflexion approfondie sur les conditions de création d'une allocation sociale unique.

Il ne s'agit donc pas de reprendre les travaux à zéro, mais de s'appuyer sur les évaluations et les outils déjà disponibles pour préparer une réforme effective, autour de trois objectifs : garantir que le travail paie toujours davantage, lutter contre le non-recours aux droits et assurer une plus grande justice entre les foyers.

Le présent amendement propose ainsi d'évaluer les résultats des mesures de simplification et de fiabilisation des ressources prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, afin d'identifier les conditions de leur prolongement vers une allocation sociale unique. Cette évaluation devra notamment apprécier les effets de différents scénarios sur les revenus des ménages, les dépenses des organismes de sécurité sociale et les finances publiques, en tenant compte des spécificités des situations familiales et de la nécessité de préserver les ménages les plus fragiles.

L'objectif est de disposer d'une feuille de route opérationnelle permettant de franchir une nouvelle étape vers un **système de solidarité plus lisible, plus équitable et qui encourage effectivement le retour à l'emploi.**

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2777

AMENDEMENT

présenté par

M. Turquois, M. Blanchet, Mme Perrine Goulet, Mme Bergantz, M. Fesneau, M. Isaac-Sibille, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Brocard, M. Cosson, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fuchs, Mme Gervais, M. Grelier, Mme Guillermin, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et M. Philippe Vigier

ARTICLE 34

Substituer à l'alinéa 53, les deux alinéa suivants

« VI. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux pensions prenant effet lorsque le troisième enfant pris en compte pour l'ouverture du droit à majoration est né, a été adopté ou a été recueilli à compter du 1^{er} janvier 2028.

« Les assurés ayant eu, adopté ou recueilli au moins trois enfants avant le 1^{er} janvier 2028 demeurent soumis, pour le calcul et le service des majorations de leur pension, aux dispositions antérieurement en vigueur, quelle que soit la date de prise d'effet de leur pension. Les conditions de durée d'éducation prévues par ces dispositions peuvent être satisfaites postérieurement à cette date. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à réserver la forfaitisation de la majoration de pension pour trois enfants aux parents dont le troisième enfant naît, est adopté ou est recueilli à compter du 1^{er} janvier 2028.

Dans sa rédaction actuelle, l'article 34 prévoit d'appliquer cette réforme à l'ensemble des pensions liquidées à compter du 1^{er} juillet 2027, indépendamment de la date de naissance des enfants.

Or, ce critère conduirait à modifier les modalités de calcul de la pension de parents ayant eu ou élevé trois enfants parfois plusieurs décennies auparavant, au seul motif qu'ils n'ont pas encore liquidé leur retraite.

Une telle évolution méconnaîtrait les choix familiaux et professionnels effectués au cours de leur vie active, dans un cadre juridique dont ils pouvaient légitimement attendre une certaine stabilité. Certaines familles - et certaines femmes - seraient particulièrement perdantes, notamment les militaires.

Sans remettre en cause le principe de la forfaitisation, le présent amendement propose donc une entrée en vigueur progressive, fondée sur la naissance, l'adoption ou l'accueil du troisième enfant plutôt que sur la date de départ à la retraite.

Il garantit ainsi le maintien de la majoration proportionnelle pour les familles déjà constituées, tout en permettant l'application du nouveau dispositif aux générations futures de parents.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2774

AMENDEMENT

présenté par

M. Isaac-Sibille, Mme Bergantz, M. Fesneau, M. Balanant, Mme Bannier, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fuchs, Mme Gervais, Mme Perrine Goulet, M. Grelier, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye, M. Turquois et M. Philippe Vigier

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 34, insérer l'article suivant:**

I. – L'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa du II, les mots : « de six mois » sont remplacés par les mots : « d'un an » ;

2° Au deuxième alinéa du III, les mots : « de six mois » sont remplacés par les mots : « d'un an ».

II. – Le présent article est applicable aux enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} juin 2023.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Des trimestres de majorations de durée d'assurance (MDA) sont attribués aux parents pour chaque enfant mineur au titre de son éducation.

Un droit d'option permet aux parents qui en font la demande de se partager ces trimestres. A défaut d'exercice de ce droit d'option, les trimestres sont accordés en priorité aux mères, dont les carrières demeurent nettement plus affectées par les enfants que celles des pères, avec un écart du montant des pensions de 37 % en moyenne entre les sexes en 2024 selon la DREES. Cet écart est en effet encore largement dû à l'impact qu'ont les naissances sur les carrières des femmes.

Un délai prévu par la loi encadre toutefois l'exercice du droit d'option par les parents. Celui-ci doit ainsi intervenir dans le délai de six mois à compter du quatrième anniversaire de la naissance de l'enfant ou de son adoption.

Ce délai vise en premier lieu à permettre un libre choix des parents dans un délai proche de la naissance ou de l'adoption. Il doit être réalisé rapidement après l'arrivée de l'enfant, puisqu'il s'agit de tenir compte de cet événement dans la configuration familiale de ce moment.

Cependant, l'exercice du droit d'option dans les six mois qui suivent le quatrième anniversaire de l'enfant laisse un délai relativement court.

A cette fin, le présent amendement propose d'allonger la durée de ce délai jusqu'à un an, afin de permettre aux parents d'effectuer leur choix entre les quatrième et cinquième anniversaires de leurs enfants. Par parallélisme, le même délai est prévu pour les enfants adoptés, au regard de la date de leur adoption.

Aux fins d'assurer une pleine sécurité juridique des droits d'options déjà exercés, le présent amendement ne concerne que les enfants dont le délai de droit d'option n'a pas encore été ouvert au 1^{er} juin 2027.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 1684

AMENDEMENT

présenté par

Mme Coggia, Mme Liliana Tanguy, M. Pierre Cazeneuve, Mme Carteron, Mme Le Feur,
Mme Melchior, M. Daubié et M. Ott

ARTICLE 35

Rédiger ainsi cet article :

« I. – À titre exceptionnel, pour l'année 2027 et par dérogation à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale, les pensions de vieillesse servies par les régimes obligatoires de base, ainsi que leurs majorations, accessoires et suppléments, sont revalorisées au 1er janvier 2027 dans les conditions prévues au présent article.

« II. – Le coefficient de revalorisation est déterminé en fonction du revenu fiscal de référence du foyer fiscal de l'assuré, défini au IV de l'article 1417 du code général des impôts, au titre des revenus de l'année 2025, comparé aux seuils fixés au III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale pour l'assujettissement des pensions de retraite à la contribution sociale généralisée en 2027 :

« 1° Lorsque ce revenu n'excède pas le seuil au-delà duquel les pensions sont assujetties au taux de 6,6 % ou au taux de 8,3 %, le coefficient est celui mentionné à l'article L. 161-25 du même code ;

« 2° Lorsque ce revenu excède le seuil mentionné au 1° sans excéder le seuil au-delà duquel les pensions sont assujetties au taux de 8,3 %, le coefficient est égal à un majoré de la moitié de la différence entre le coefficient mentionné à l'article L. 161-25 du même code et un ;

« 3° Lorsque ce revenu excède le seuil au-delà duquel les pensions sont assujetties au taux de 8,3 %, le coefficient est égal à un.

« III. – Pour les assurés qui ne sont pas fiscalement domiciliés en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, le revenu fiscal de référence mentionné au II est remplacé par le montant des revenus de toute nature perçus par leur foyer au titre de l'année 2025, quel que soit leur lieu de source, déterminé selon les règles prévues au IV de l'article 1417 du même code, les pensions et

retraites étant retenues pour leur montant diminué de l'abattement prévu au a du 5 de l'article 158 du même code, dans les limites minimale et maximale prévues au même a. L'assuré justifie de ce montant auprès de l'organisme qui lui sert la pension, notamment par la production de l'avis d'imposition délivré par l'administration fiscale de son État de résidence ou de tout document équivalent. À défaut de justification, le revenu retenu est le montant total des pensions servies à l'assuré par les régimes légaux ou rendus légalement obligatoires français au titre de l'année 2025, diminué de l'abattement prévu au a du 5 de l'article 158 du code général des impôts, dans les limites minimale et maximale prévues au même a. Lorsque la justification intervient après le 1er janvier 2027, la revalorisation est régularisée avec effet à cette date.

« IV. – Pour les régimes dont tout ou partie de la pension est exprimée en points, un décret précise les modalités d'attribution de points supplémentaires ou d'application d'un coefficient permettant d'atteindre un effet équivalent à celui prévu au II.

« V. – Un décret peut, au cours de l'année 2027, fixer pour les assurés mentionnés aux 2° et 3° du II des coefficients supérieurs à ceux prévus aux mêmes 2° et 3°, dans la limite du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale. Ces coefficients s'appliquent aux pensions dues à compter du 1er janvier 2027.

« VI. – Un décret précise les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de transmission par l'administration fiscale aux organismes de retraite des informations nécessaires à la détermination du coefficient applicable et les modalités de justification prévues au III. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 35 réserve la revalorisation intégrale des pensions de base en 2027 aux assurés dont le montant total des pensions n'excède pas 1 260 euros par mois. Ce critère ne mesure qu'une partie des ressources des retraités. Il ignore les revenus du patrimoine, les autres revenus du foyer et la situation du conjoint.

Il produit des effets contraires à son objectif. Une retraitée seule qui ne vit que d'une pension de 1 400 euros voit sa revalorisation réduite. Un retraité qui perçoit une petite pension mais des revenus fonciers ou financiers importants est, lui, pleinement protégé.

Le présent amendement fonde la revalorisation sur le revenu fiscal de référence du foyer, en reprenant les seuils de la CSG sur les pensions. Les foyers exonérés de CSG ou assujettis au taux réduit sont pleinement revalorisés. Les foyers au taux médian bénéficient de la moitié de la revalorisation. Les foyers au taux plein voient leurs pensions de base maintenues à leur niveau de 2026, sans baisse.

Ce critère n'exige aucune usine à gaz. Le revenu fiscal de référence est déjà transmis chaque année par l'administration fiscale aux caisses de retraite, qui l'utilisent pour déterminer le taux de CSG applicable à chaque pension. Les caisses connaissent donc déjà, pour chaque retraité résidant en France, la tranche dont il relève. L'amendement s'appuie sur ce circuit existant, sans nouvelle déclaration ni nouveau traitement de données.

Pour les Français établis hors de France, dont le revenu fiscal de référence français ne reflète pas les ressources réelles, l'amendement retient leurs revenus mondiaux, justifiés par l'avis d'imposition de leur État de résidence.

Ce ciblage est validé par les travaux de l'Institut des politiques publiques. Ses simulations publiées en juin 2026 montrent qu'à économies égales, une sous-indexation ciblée selon le taux de CSG est la plus redistributive : elle épargne presque entièrement la moitié la plus modeste de la population et fait porter l'effort sur les foyers aisés. La pension reste calculée sur la carrière ; seule sa revalorisation exceptionnelle de 2027 tient compte des ressources du foyer, comme le fait déjà la CSG.

Le rendement de la mesure resterait proche de celui d'un dispositif gouvernemental à deux seuils, pour une répartition plus juste de l'effort. L'amendement ne crée aucune charge par rapport au droit existant, qui prévoit la revalorisation de l'ensemble des pensions sur l'inflation.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 1685

AMENDEMENT

présenté par

Mme Coggia, Mme Liliana Tanguy, M. Pierre Cazeneuve, Mme Carteron, Mme Le Feur,
Mme Melchior, M. Daubié et M. Ott

ARTICLE 35

Rédiger ainsi cet article :

« I. – À titre exceptionnel, pour l'année 2027 et par dérogation à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale, les pensions de vieillesse servies par les régimes obligatoires de base, ainsi que leurs majorations, accessoires et suppléments, sont revalorisées au 1er janvier 2027 dans les conditions prévues au présent article.

« II. – Le coefficient de revalorisation est déterminé en fonction du revenu fiscal de référence du foyer fiscal de l'assuré, défini au IV de l'article 1417 du code général des impôts, au titre des revenus de l'année 2025, comparé aux seuils fixés au III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale pour l'assujettissement des pensions de retraite à la contribution sociale généralisée en 2027 :

« 1° Lorsque ce revenu n'excède pas le seuil au-delà duquel les pensions sont assujetties au taux de 6,6 % ou au taux de 8,3 %, le coefficient est celui mentionné à l'article L. 161-25 du même code ;

« 2° Lorsque ce revenu excède le seuil mentionné au 1°, le coefficient est égal à un.

« III. – Pour les assurés qui ne sont pas fiscalement domiciliés en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, le revenu fiscal de référence mentionné au II est remplacé par le montant des revenus de toute nature perçus par leur foyer au titre de l'année 2025, quel que soit leur lieu de source, déterminé selon les règles prévues au IV de l'article 1417 du même code, les pensions et retraites étant retenues pour leur montant diminué de l'abattement prévu au a du 5 de l'article 158 du même code, dans les limites minimale et maximale prévues au même a. L'assuré justifie de ce montant auprès de l'organisme qui lui sert la pension, notamment par la production de l'avis d'imposition délivré par l'administration fiscale de son État de résidence ou de tout document équivalent. À défaut de justification, le revenu retenu est le montant total des pensions servies à

l'assuré par les régimes légaux ou rendus légalement obligatoires français au titre de l'année 2025, diminué de l'abattement prévu au a du 5 de l'article 158 du code général des impôts, dans les limites minimale et maximale prévues au même a. Lorsque la justification intervient après le 1er janvier 2027, la revalorisation est régularisée avec effet à cette date.

« IV. – Pour les régimes dont tout ou partie de la pension est exprimée en points, un décret précise les modalités d'attribution de points supplémentaires ou d'application d'un coefficient permettant d'atteindre un effet équivalent à celui prévu au II.

« V. – Un décret peut, au cours de l'année 2027, fixer pour les assurés mentionnés au 2° du II un coefficient supérieur à celui prévu au même 2°, dans la limite du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale. Ce coefficient s'applique aux pensions dues à compter du 1er janvier 2027.

« VI. – Un décret précise les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de transmission par l'administration fiscale aux organismes de retraite des informations nécessaires à la détermination du coefficient applicable et les modalités de justification prévues au III. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement de repli retient le même critère de ressources que l'amendement principal, avec un seul seuil. Les foyers exonérés de CSG ou assujettis au taux réduit sont pleinement revalorisés. Les autres voient leurs pensions de base maintenues à leur niveau de 2026, sans baisse.

Il protège ainsi les retraités qui ne vivent que d'une pension modeste, y compris au-dessus de 1 260 euros, et fait contribuer ceux dont le foyer dispose d'autres ressources. Son rendement serait supérieur à celui d'un dispositif gouvernemental à deux seuils.

Les simulations de l'Institut des politiques publiques (juin 2026) confirment qu'un ciblage selon le taux de CSG est, à économies égales, le plus redistributif.

Ce critère n'exige aucune usine à gaz. Le revenu fiscal de référence est déjà transmis chaque année par l'administration fiscale aux caisses de retraite, qui l'utilisent pour déterminer le taux de CSG applicable à chaque pension. Les caisses connaissent donc déjà, pour chaque retraité résidant en France, la tranche dont il relève. L'amendement s'appuie sur ce circuit existant, sans nouvelle déclaration ni nouveau traitement de données.

Pour les Français établis hors de France, ce sont les revenus mondiaux du foyer qui sont retenus, justifiés par l'avis d'imposition de l'État de résidence. L'amendement ne crée aucune charge par rapport au droit existant.

ASSEMBLÉE NATIONALE

14 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 309

AMENDEMENT

présenté par

Mme Panonacle, M. Vuibert, M. Colombani, M. Fait, M. Marion, Mme Lemoine,
Mme Bernadeau, M. Taupiac, Mme Spillebout, Mme Riotton, Mme Fruchon, M. Buchou,
Mme Klinkert, Mme Le Feur, Mme Gervais, M. Jacques, Mme Liliana Tanguy, Mme Violland,
M. Blanchard, M. Breton et M. Ott

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 35, insérer l'article suivant:**

I. – L'article L. 173-1-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les trimestres supplémentaires mentionnés au premier alinéa peuvent être convertis, au bénéfice des sapeurs-pompiers volontaires, en droits à l'antériorité de l'âge d'ouverture du droit à pension. Cette conversion n'ouvre aucun droit au versement d'une pension de retraite au titre de la période d'anticipation comprise entre l'âge d'ouverture anticipé et l'âge légal de droit commun applicable à l'assuré, le versement effectif de la pension ne pouvant débuter qu'à compter de ce dernier âge. Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de cette conversion afin d'en assurer la stricte neutralité financière pour les régimes d'assurance vieillesse concernés. »

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à accorder une flexibilité nouvelle en fin de carrière aux sapeurs-pompiers volontaires. Il leur permet de convertir les trimestres de majoration d'assurance, obtenus au titre de leur engagement citoyen en application de l'article L. 173-1-5 du code de la sécurité sociale, en un droit à l'antériorité de leur âge d'ouverture du droit à pension.

Cet amendement traduit directement l'une des propositions majeures de la Mission parlementaire sur les feux de forêt, dont le rapport intitulé « Agir dès aujourd'hui pour anticiper, prévenir, préparer, lutter et se relever face aux feux de forêt » a été officiellement remis au Premier ministre le 28 septembre 2026.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2059

AMENDEMENT

présenté par

Mme Cestrières, M. Marion, M. Ott et Mme Lubet

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 35, insérer l'article suivant:**

I. – L'article L. 732-54-2 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les personnes dont la pension de retraite servie à titre personnel a pris effet avant le 1^{er} septembre 2023, le montant minimum fait l'objet d'une revalorisation exceptionnelle selon des modalités définies par décret. »

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les retraités agricoles aux petites pensions sont les grands oubliés de la réforme des retraites de 2023 qui a relevé le montant des petites pensions. Contrairement aux retraités du secteur privé et indépendant, qui ont bénéficié de l'augmentation du minimum contributif (MICO) majoré, l'amélioration de la pension majorée de référence (PMR) n'a concerné que les non-salariés agricoles liquidant leur pension à compter du 1^{er} septembre 2023.

Ainsi, pour les anciens retraités la PMRmax a été établie à 747 €/mois, contre 847 €/mois pour les nouveaux retraités.

Le présent amendement propose de remédier à cette injustice afin d'instaurer une égalité de traitement entre retraités, grâce à une revalorisation exceptionnelle de la PMR pour les retraités ayant liquidé leur pension avant le 1^{er} septembre 2023.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2060

AMENDEMENT

présenté par

Mme Cestrières, M. Marion, M. Ott et Mme Lubet

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 35, insérer l'article suivant:**

I. – L'article L732-54-3 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, le mot : « est : » est remplacé par les mots : « est égal au montant fixé en application du premier alinéa de l'article L. 173-2 du code de la sécurité sociale. » ;

2° Les 1° et 2° sont abrogés.

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La réforme du calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles selon les vingt-cinq années civiles d'assurance les plus avantageuses a relevé le plafond de la pension majorée de référence (PMR) au niveau plus plafond du minimum contributif (MICO), mais uniquement pour les pensions liquidées à compter du 1^{er} janvier 2026.

Cette restriction est injuste envers les retraités actuels, qui espéraient que cette réforme améliore leurs petites pensions. C'est pourquoi le présent amendement propose d'étendre à l'ensemble des retraités agricoles le relèvement du plafond de la PMR au niveau de celui du MICO, dans une logique de convergence entre les régimes.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

RETIRÉ AVANT DISCUSSION

N° 2514

AMENDEMENT

présenté par
Mme Bergantz, M. Ott, M. Martineau et Mme Maud Petit

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 36, insérer l'article suivant:**

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au II de l'article L. 382-21-1, la référence : « L. 331-8 » est remplacée par la référence : « L. 331-8-1 » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 646-4 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « ou d'accueil de l'enfant, », sont insérés les mots : « de congé supplémentaire de naissance, »

b) Les mots : « de l'article L. 623-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 623-1 et L. 623-2. ».

3° Le premier alinéa de l'article L. 663-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « ou d'adoption » sont remplacés par les mots : « , d'adoption ou de congé supplémentaire de naissance ».

b) Les mots : « l'article L. 623-1, » sont remplacés par les mots : « les articles L. 623-1 et L. 623-2, ».

II. – A l'article L. 5553-3 du code des transports, les mots : « ou congé de paternité et d'accueil de l'enfant » sont remplacés par les mots : « , congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou congé supplémentaire de naissance » ;

III. – Le présent article est applicable pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2026 ainsi que pour les enfants nés avant cette date dont la naissance était censée intervenir à compter de cette date.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le congé supplémentaire de naissance a été créé par l'article 99 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026. Cette mesure a créé au bénéfice des deux parents un congé supplémentaire indemnisé par la sécurité sociale venant s'ajouter aux droits existants à congé maternité, paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption.

Cet amendement vise à corriger dans la loi l'absence de certains publics du régime général dans l'article 99 de la LFSS pour 2026 ainsi que de certains assurés relevant de certains régimes spéciaux : les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), les conjoints collaborateurs, les assurés du régime des cultes et du régime des marins. Cet amendement permettra de rendre le congé supplémentaire de naissance applicable à ces catégories d'assurés. En effet, le bénéfice de ce nouveau congé n'est pas attaché au statut professionnel de l'assuré mais au fait d'avoir eu ou adopté un enfant à compter du 1^{er} janvier 2026.

La disposition sera applicable à l'ensemble des enfants nés ou adoptés depuis le 1^{er} janvier, comme pour l'ensemble des autres populations.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2775

AMENDEMENT

présenté par

Mme Bergantz, M. Turquois, M. Isaac-Sibille, M. Fesneau, M. Balanant, Mme Bannier, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fuchs, Mme Gervais, Mme Perrine Goulet, M. Grelier, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et M. Philippe Vigier

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 36, insérer l'article suivant:**

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au II de l'article L. 382-21-1, la référence : « L. 331-8 » est remplacée par la référence : « L. 331-8-1 » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 646-4 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « enfant, », sont insérés les mots : « de congé supplémentaire de naissance, »

b) À la fin, les mots : « de l'article L. 623-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 623-1 et L. 623-2. ».

3° Le premier alinéa de l'article L. 663-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « ou d'adoption » sont remplacés par les mots : « , d'adoption ou de congé supplémentaire de naissance ».

b) Les mots : « l'article L. 623-1, » sont remplacés par les mots : « les articles L. 623-1 et L. 623-2, ».

II. – A l'article L. 5553-3 du code des transports, les mots : « ou congé de paternité et d'accueil de

l'enfant » sont remplacés par les mots : « , congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou congé supplémentaire de naissance ». ;

III. – Le présent article est applicable pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2026 ainsi que pour les enfants nés avant cette date dont la naissance était censée intervenir à compter de cette date.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le congé supplémentaire de naissance a été créé par l'article 99 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026. Cette mesure a créé au bénéfice des deux parents un congé supplémentaire indemnisé par la sécurité sociale venant s'ajouter aux droits existants à congé maternité, paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption.

Cet amendement vise à corriger dans la loi l'absence de certains publics du régime général dans l'article 99 de la LFSS pour 2026 ainsi que de certains assurés relevant de certains régimes spéciaux : les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), les conjoints collaborateurs, les assurés du régime des cultes et du régime des marins. Cet amendement permettra de rendre le congé supplémentaire de naissance applicable à ces catégories d'assurés. En effet, le bénéfice de ce nouveau congé n'est pas attaché au statut professionnel de l'assuré mais au fait d'avoir eu ou adopté un enfant à compter du 1^{er} janvier 2026.

La disposition sera applicable à l'ensemble des enfants nés ou adoptés depuis le 1^{er} janvier, comme pour l'ensemble des autres populations.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2510

AMENDEMENT

présenté par

Mme Bergantz, M. Isaac-Sibille, Mme Guillerm, Mme Mette et M. Ott

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 37, insérer l'article suivant:**

Avant le 1^{er} juin 2027, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le coût de revient d'une place en établissement d'accueil du jeune enfant financé par le fonds national d'action sociale de la Caisse nationale des allocations familiales, quel que soit le statut juridique de son gestionnaire. Ce rapport présente l'évolution de ce coût depuis 2017 par place, par heure facturée et par emploi en équivalent temps plein auprès des enfants, et le compare à l'évolution de la prestation de service unique et de ses bonus. Il étudie la création d'un indice public du coût des crèches, publié chaque année par la Caisse nationale des allocations familiales.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La prestation de service unique, ses bonus et les autres aides au fonctionnement des crèches sont financés par le fonds national d'action sociale. Leur évolution n'est indexée sur aucun indicateur de coût. En 2027, la prestation de service unique augmente de 1,11 % selon le dossier de presse du Gouvernement, alors que l'annexe du projet de loi prévoit une économie d'environ 0,5 milliard d'euros sur ce fonds et que la revue de dépenses de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales de juin 2026 proposait de la revaloriser de 4 %.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales « Qualité de l'accueil et prévention de la maltraitance dans les crèches » (2023) recommandait d'objectiver le coût de la qualité de l'accueil (recommandation n° 23). Un indice public donnerait aussi une référence aux contrats de réservation de places conclus par les employeurs publics et privés.

Cet amendement a été travaillé avec la Fédération Française des Entreprises de Crèches (FFEC).

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2511

AMENDEMENT

présenté par

Mme Bergantz, M. Isaac-Sibille, Mme Guillerm, Mme Mette et M. Ott

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 37, insérer l'article suivant:**

I. – Le dernier alinéa de l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce montant horaire maximal est révisé chaque année par arrêté du ministre chargé de la famille, en fonction, pour 20 %, de l'évolution de l'indice des prix à la consommation hors tabac et, pour 80 %, de l'évolution du salaire minimum de croissance. »

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le complément de libre choix du mode de garde n'est versé pour un accueil en micro-crèche que si le tarif horaire ne dépasse pas un montant fixé par décret (dernier alinéa de l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale). Fixé à 12 euros par le décret n° 2014-422 du 24 avril 2014, ce plafond a été abaissé à 10 euros le 1er septembre 2016. Il figure aujourd'hui au I de l'article D. 531-21 du même code. Il n'a pas été réévalué depuis dix ans.

Depuis 2016, le salaire minimum de croissance horaire brut est passé de 9,67 euros (1er janvier 2016) à 12,31 euros (1er juin 2026), soit + 27,3 %. Les prix à la consommation hors tabac ont augmenté de 19,6 % entre les moyennes annuelles 2016 et 2025 selon l'Insee. L'indice proposé aurait progressé d'environ 25,8 % sur la période : le plafond serait aujourd'hui d'environ 12,58 euros.

Les salaires représentent l'essentiel du coût d'une place. Un plafond figé empêche de revaloriser les professionnels, d'investir dans la qualité et d'ouvrir des places. Cet amendement inscrit dans la loi

le principe d'une révision annuelle, selon un indice composé à 80 % du salaire minimum de croissance et à 20 % de l'inflation.

Cet amendement a été travaillé avec la Fédération Française des Entreprises de Crèches (FFEC).

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2776

AMENDEMENT

présenté par

Mme Bergantz, M. Fesneau, M. Isaac-Sibille, M. Balanant, Mme Bannier, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fuchs, Mme Gervais, Mme Perrine Goulet, M. Grelier, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye, M. Turquois et M. Philippe Vigier

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 37, insérer l'article suivant:**

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant, au regard de l'objectif de dépenses de la branche famille fixé à l'article 47 de la présente loi, l'application des règles relatives aux allocations familiales prévues aux articles L. 521-1 à L. 521-3 du code de la sécurité sociale, notamment la modulation de leur montant en fonction des ressources résultant de l'article 85 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Ce rapport évalue la lisibilité, l'efficience et les effets redistributifs des règles actuelles d'attribution et de calcul des allocations familiales, notamment leur ouverture à compter du deuxième enfant ainsi que leur modulation en fonction des ressources, du nombre d'enfants à charge, de leur rang et de leur âge.

Il identifie, à objectif de dépenses de la branche famille constant, les marges de redéploiement permettant de simplifier ces règles et de renforcer le soutien apporté dès le premier enfant. À ce titre, il évalue notamment les effets financiers et redistributifs d'une ouverture des allocations familiales dès le premier enfant, associée à une simplification de leurs modalités de calcul et à la substitution à tout ou partie des modulations existantes d'un montant forfaitaire par enfant.

Il présente, pour les différentes hypothèses étudiées, leurs effets selon le niveau de ressources des ménages, le nombre et l'âge des enfants à charge ainsi que leur calendrier de montée en charge.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement du groupe Les Démocrates s'inscrit dans la continuité des travaux conduits par Anne Bergantz dans sa proposition de loi visant à simplifier et réorienter la politique familiale vers le premier enfant, examinée par la commission des affaires sociales en février 2025.

Notre système d'allocations familiales demeure complexe. Elles ne sont ouvertes en métropole qu'à compter du deuxième enfant et leur montant varie selon les ressources, le nombre d'enfants et leur âge. La proposition de loi défendue par Anne Bergantz avait proposé une orientation plus simple : soutenir les familles dès le premier enfant et aller vers une allocation plus lisible et plus universelle, sans dégrader à terme l'équilibre des finances sociales.

Cette réflexion est aujourd'hui d'autant plus nécessaire que la revue de dépenses de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales publiée en juillet 2026 appelle elle aussi à clarifier les objectifs de la politique familiale et à simplifier l'architecture de ses dispositifs.

Le groupe Les Démocrates souhaite donc disposer d'une évaluation précise permettant d'identifier les conditions d'une réforme à enveloppe constante, fondée sur des redéploiements au sein de la branche famille. Celle-ci devra mesurer précisément les effets d'une ouverture des allocations familiales dès le premier enfant et d'une simplification des multiples modulations actuellement applicables, notamment pour les familles modestes et les familles nombreuses.

L'objectif est de bâtir une politique familiale plus simple, plus lisible et davantage adaptée aux réalités contemporaines des familles, en faisant du premier enfant un moment central de l'intervention de la solidarité nationale.

ASSEMBLÉE NATIONALE

14 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 332

AMENDEMENT

présenté par

Mme Panonacle, M. Frébault, Mme Pantel, M. Marion, M. Fait, M. Neuder, Mme Fruchon,
Mme Le Feur, Mme Gervais, Mme Liliana Tanguy, Mme Violland, M. Taupiac et M. Ott

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 39, insérer l'article suivant:**

I. – Le montant de la complémentaire de traitement indiciaire et de la prime de revalorisation équivalente mentionnées à l'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, versées aux personnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, fait l'objet d'une revalorisation forfaitaire fixée par décret afin de garantir le maintien de leur pouvoir d'achat.

II. – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Instaurée à la suite des accords du Ségur de la santé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, la complémentaire de traitement indiciaire (CTI) et son équivalent sous forme de prime de revalorisation ont permis d'accorder une revalorisation forfaitaire de 183 euros nets par mois aux professionnels du secteur sanitaire et médico-social.

Cependant, depuis son instauration, le montant forfaitaire de cette revalorisation est demeuré strictement inchangé, alors même que l'inflation cumulée a considérablement amputé le pouvoir d'achat des agents et salariés du secteur. Ce blocage tarifaire annule progressivement le bénéfice du « choc d'attractivité » initialement recherché.

Le présent amendement vise à revaloriser le montant de la prime Ségur / CTI versée aux professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), afin d'ajuster ce soutien financier au niveau réel du coût de la vie et de redonner du pouvoir d'achat à ces personnels indispensables.

ASSEMBLÉE NATIONALE

14 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 339

AMENDEMENT

présenté par

Mme Panonacle, M. Frébault, Mme Pantel, M. Marion, M. Fait, M. Neuder, Mme Fruchon,
Mme Le Feur, Mme Gervais, Mme Liliana Tanguy, Mme Violland, M. Taupiac et M. Ott

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 39, insérer l'article suivant:**

I. – L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie attribue aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code une dotation exceptionnelle dédiée au versement d'une prime de pouvoir d'achat au bénéfice de l'ensemble de leurs personnels.

« Un décret fixe le montant forfaitaire de cette prime par équivalent temps plein ainsi que les conditions de son versement. »

II. – La charge pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les professionnels du secteur médico-social ont été particulièrement sollicités ces dernières années tout en subissant de plein fouet l'érosion de leur pouvoir d'achat. Pour soutenir sans délai les femmes et les hommes qui accompagnent au quotidien nos concitoyens les plus vulnérables, cet amendement institue une dotation exceptionnelle versée par la CNSA.

Cette dotation permettra le versement direct d'une prime exceptionnelle de pouvoir d'achat à l'ensemble des salariés du secteur médico-social, quel que soit leur statut (privé non lucratif),

apportant ainsi une réponse d'urgence aux difficultés financières rencontrées par les travailleurs de
la première ligne médico-sociale.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 1480

AMENDEMENT

présenté par

Mme Fruchon, Mme Lingemann, Mme de Pélichy, M. Jean-Pierre Vigier, M. Ott, M. Marion,
Mme Violland, Mme Corneloup et M. Neuder

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 39, insérer l'article suivant:**

Le Gouvernement présente au Parlement, dans le cadre du suivi de l'exécution de la loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, la répartition prévisionnelle et l'exécution des crédits supplémentaires mentionnés au I.

Cette présentation distingue notamment les crédits consacrés :

- 1° À la création et au renforcement des unités de soins palliatifs et des unités de soins palliatifs pédiatriques ;
- 2° Au développement des lits identifiés de soins palliatifs ;
- 3° Au renforcement des équipes mobiles de soins palliatifs et des équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques ;
- 4° Au développement de l'hospitalisation à domicile et des prises en charge palliatives à domicile ;
- 5° À la formation des professionnels de santé et des professionnels du secteur médico-social ;
- 6° Au soutien des proches aidants et à la coordination des parcours de soins.

Cette présentation précise, pour chaque catégorie, les montants programmés, délégués, engagés et effectivement exécutés, ainsi que les objectifs de développement des capacités de prise en charge associés.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs prévoit une trajectoire pluriannuelle de financement destinée à renforcer progressivement l'offre de soins palliatifs sur l'ensemble du territoire. Cette montée en charge des moyens, qui repose sur un objectif d'augmentation annuelle des crédits, doit se traduire par des capacités de prise en charge supplémentaires, accessibles et adaptées aux besoins des patients, notamment des enfants, ainsi qu'à ceux de leurs proches.

Toutefois, l'évolution des crédits programmés ne suffit pas, à elle seule, à garantir que les moyens annoncés se traduisent effectivement par l'ouverture de nouvelles unités, le développement des lits identifiés, le renforcement des équipes mobiles ou l'amélioration des prises en charge à domicile. Il importe donc de pouvoir suivre précisément l'utilisation des crédits, leur répartition territoriale et les réalisations concrètes auxquelles ils donnent lieu.

Le présent amendement prévoit ainsi que le Gouvernement présente au Parlement, dans le cadre du suivi de l'exécution de la loi, une information détaillée sur la programmation et l'exécution des crédits supplémentaires. Cette présentation distinguera les principaux postes de dépenses concernés et précisera, pour chacun d'eux, les montants programmés, délégués, engagés et effectivement exécutés, ainsi que les objectifs de développement des capacités de prise en charge associés.

Cette mesure vise à renforcer la transparence et le contrôle parlementaire sur la mise en œuvre de la stratégie nationale des soins palliatifs, à identifier les éventuels écarts entre les moyens annoncés et les moyens effectivement mobilisés, et à s'assurer que l'effort financier pluriannuel se traduit par une amélioration concrète de l'accès aux soins palliatifs dans tous les territoires.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2773

AMENDEMENT

présenté par

M. Isaac-Sibille, M. Turquois, M. Grelier, M. Philippe Vigier, Mme Gervais, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fesneau, M. Fuchs, Mme Perrine Goulet, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et les membres du groupe Les Démocrates

ARTICLE 43

I. – À la sixième ligne de la seconde colonne du tableau de l’alinéa 2, substituer au montant :

« 5,9 »

le montant :

« 6,1 ».

II. – En conséquence, l’avant dernière ligne de la même seconde colonne du même tableau du même alinéa 2, substituer au montant :

« 3,4 »

le montant :

« 3,2 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans son rapport de mission gouvernementale intitulé « Construire un système national de prévention primordiale – Replacer la santé sous de bonnes influences », remis en juillet 2026, le

député Cyrille Isaac-Sibille propose de faire de la prévention primordiale le deuxième pilier de notre système de santé. Cette évolution est nécessaire : notre système de santé est confronté à des tensions croissantes, liées notamment à l'augmentation des maladies chroniques, au vieillissement de la population et à la difficulté du système de soins à répondre à l'ensemble des besoins de santé.

Dans ce cadre, la proposition n°2 du rapport vise à faire des contrats locaux de santé (CLS) le bras armé territorial de la prévention primordiale.

L'objectif est de généraliser les CLS à l'ensemble du territoire national et de les rendre opposables, afin d'assurer une véritable déclinaison territoriale de la politique nationale de santé. Ces contrats doivent associer l'ensemble des acteurs susceptibles d'agir sur les déterminants de santé : santé, logement, mobilités, environnement, éducation, urbanisme, sport, alimentation, etc.

Les CLS doivent ainsi permettre de décliner, à l'échelle des territoires et en tenant compte de leurs spécificités, les orientations de la stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement. Ils ont vocation à définir des priorités et des objectifs partagés, à identifier les moyens et les actions à mobiliser et à prévoir des indicateurs permettant d'en mesurer l'efficacité et l'efficience.

La réussite de cette démarche repose également sur une véritable ingénierie territoriale. Celle-ci doit notamment s'appuyer sur des tableaux de bord permettant de croiser les données sanitaires, sociales et environnementales disponibles à l'échelle d'un territoire, afin de suivre l'évolution de l'état de santé de la population, d'identifier les principaux facteurs de risque et de mesurer les résultats des actions engagées.

Le présent amendement propose donc de renforcer les crédits du Fonds d'intervention régional (FIR) consacrés aux actions de prévention et de promotion de la santé, afin de permettre le financement des contrats locaux de santé ainsi que de l'ingénierie territoriale nécessaire à leur déploiement et à leur évaluation.

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2026

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027 - (N° 3211)

Commission	
Gouvernement	

N° 2768

AMENDEMENT

présenté par

M. Grelier, M. Philippe Vigier, M. Turquois, M. Isaac-Sibille, Mme Gervais, M. Balanant, Mme Bannier, Mme Bergantz, M. Blanchet, Mme Brocard, M. Cosson, M. Croizier, Mme Darrieussecq, M. Daubié, M. Fesneau, M. Fuchs, Mme Perrine Goulet, Mme Guillerm, M. Gumbs, Mme Josso, M. Latombe, M. Lecamp, Mme Lingemann, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Maussion, Mme Mette, Mme Morel, M. Ott, M. Padey, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Maud Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye et les membres du groupe Les Démocrates

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 43, insérer l'article suivant:**

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant la mise en œuvre de la trajectoire pluriannuelle des dépenses de la branche maladie et de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les années 2027 à 2030 approuvée à l'article 19 de la présente loi.

Ce rapport évalue notamment la capacité de cette trajectoire à donner aux acteurs du système de santé une visibilité suffisante sur l'évolution de leurs moyens et à mettre en cohérence les financements de l'assurance maladie avec l'évolution prévisible des besoins de santé de la population.

Il examine les modalités permettant de renforcer la portée pluriannuelle de cette trajectoire, sur une période de cinq ans, en associant aux objectifs financiers des objectifs et indicateurs mesurables relatifs notamment à l'accès aux soins, à la prévention, à la démographie des professionnels de santé, à l'investissement dans les établissements de santé et médico-sociaux, ainsi qu'à l'innovation en santé.

Il précise enfin les modalités permettant au Parlement d'évaluer annuellement l'exécution de cette programmation, les écarts constatés entre les objectifs et leur réalisation ainsi que, le cas échéant, les mesures d'ajustement nécessaires.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement du groupe Les Démocrates s'inscrit dans la continuité des travaux conduits depuis plusieurs années par Jean-Carles Grelier en faveur d'une loi de programmation pluriannuelle en santé, notamment dans sa proposition de loi déposée le 7 novembre 2023. Celle-ci proposait de définir pour cinq ans les grandes orientations de notre système de santé, les moyens nécessaires à leur réalisation et d'en assurer chaque année le suivi devant le Parlement.

Cette approche répond à un constat simple : notre politique de santé ne peut être pilotée uniquement au rythme d'un objectif de dépenses fixé chaque année. Le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques, les besoins de recrutement, les investissements hospitaliers, la prévention ou encore l'innovation nécessitent une visibilité à moyen terme.

Le PLFSS pour 2027 comporte déjà, à son article 19, une trajectoire des recettes, des dépenses et de l'ONDAM pour les années 2027 à 2030. Le groupe Les Démocrates souhaite évaluer les conditions permettant de donner à cette trajectoire une portée plus stratégique et opérationnelle, en reliant davantage les moyens financiers aux objectifs de santé publique.

Il s'agit notamment de pouvoir planifier les besoins en professionnels de santé, les investissements et les actions de prévention, plutôt que de procéder chaque année à des ajustements de court terme.

Cette démarche s'inscrit également dans la continuité de l'amendement porté par Jean-Carles Grelier, Cyrille Isaac-Sibille et le groupe Les Démocrates lors du PLFSS pour 2026, qui proposait déjà une programmation sur cinq ans permettant de fixer une trajectoire financière en matière de santé et les moyens nécessaires à l'accès aux soins. Cet amendement avait été adopté par l'Assemblée nationale le 5 décembre 2025 en nouvelle lecture.

L'objectif est ainsi de passer progressivement d'un pilotage annuel de la dépense à une véritable stratégie pluriannuelle de santé, permettant au Parlement de fixer des orientations, d'en suivre l'exécution et de mieux anticiper les besoins de santé des Français.