

BULLETIN DE VEILLE CONFORMITÉ

CAHIER SPÉCIAL

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026

Édition spéciale – Décembre 2025

Ce qu'il faut en retenir ...

La Loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026 a été publiée au Journal Officiel du 31 décembre 2025, dans une version quasi identique à celle qui avait été adoptée en lecture définitive à l'Assemblée Nationale 15 jours plus tôt. Saisi par des députés de l'opposition, qui contestaient la procédure d'adoption et/ou la constitutionnalité de plusieurs mesures de ce nouveau budget, le Conseil constitutionnel a en effet validé, la veille de cette publication, la quasi majorité des articles constituant le texte, censurant une seule des mesures véritablement contestées.

L'année 2025 aura été marquée par une dégradation continue des comptes sociaux et une instabilité politique sans précédent sous la V^{ème} République, avec trois gouvernements successifs en l'espace de quelques mois.

Adopté le 16 décembre 2025 à l'issue d'un parcours législatif houleux, marqué par l'échec de la Commission mixte paritaire, le rejet du texte par le Sénat en nouvelle lecture et un vote final serré à l'Assemblée Nationale, ce texte porte l'empreinte d'un consensus politique introuvable. Son examen, bien que finalement adopté sans recours au 49.3, témoigne de la difficulté à dégager des majorités stables sur les questions budgétaires.

Force est de constater en outre que si plusieurs mesures envisagées lors de la présentation initiale du projet ont été abandonnées en cours de route (réforme en profondeur des contrats responsables avec introduction d'un contrat « socle », etc.), les OCAM restent néanmoins appelés à participer à l'effort de redressement des comptes publics.

Ils sont ainsi directement concernés par l'instauration d'une contribution exceptionnelle de 2,05 % assise sur les cotisations versées par leurs adhérents en 2026, assortie d'une mesure de blocage des cotisations visant à éviter la répercussion de cette taxe sur les assurés. Le Gouvernement s'est par ailleurs engagé à ouvrir une négociation avec l'UNCAM et l'UNOCAM avant le 31 mars 2026 pour déterminer les conditions de respect de cette instruction, y compris pour les exercices à venir.

Au-delà de cette mesure phare, la suspension de la réforme des retraites pour les générations 1964 à 1968, la création d'un congé supplémentaire de naissance indemnisé, la prise en charge d'un nouveau « parcours d'accompagnement préventif » et l'obligation de tiers-payant sur le dispositif « Mon soutien psy » constituent autant de mesures dont les effets sur les régimes complémentaires devront être suivis avec attention.

Ainsi, ont été identifiées dans le présent cahier spécial l'essentiel des mesures qui sont susceptibles d'intéresser les OCAM et les assureurs de personnes en général.



SOMMAIRE

RAPPEL DU CALENDRIER LÉGISLATIF	3
MESURES INTÉRESSANT DIRECTEMENT LES OCAM	4
INSTAURATION D'UNE CONTRIBUTION EXCEPTIONNELLE ET BLOCAGE DES COTISATIONS POUR 2026 (ART. 13)	4
PRISE EN CHARGE DE PRESTATIONS D'ACCOMPAGNEMENT PREVENTIF DES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ART. 54)	5
TIERS-PAYANT OBLIGATOIRE SUR LA PART AMO DES SEANCES REALISEES DANS LE CADRE DU DISPOSITIF « MON SOUTIEN PSY » (ART. 56)	6
CREATION D'UNE CONSULTATION LONGUE D'INFORMATION SUR LA MENOPAUSE (ART. 64)	6
REACTIVATION DE LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTE DES ASSURES SE RETABLISSANT EN FRANCE (ART. 51)	7
EXPERIMENTATION RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE INTEGRALE PAR L'AMO DES ACTES DE PRELEVEMENTS MEDICO-LEGAUX DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES ET SEXISTES (ART. 52)	7
FINANCEMENT FORFAITAIRE PAR L'AMO DE SEANCES DE GUIDANCE PARENTALE EN CAS DE TROUBLE DU NEURODEVELOPPEMENT CHEZ L'ENFANT (ART. 66)	8
AUTORISATION DE PRESCRIPTION ET DE RENOUVELLEMENT DES DISPOSITIFS MEDICAUX POUR LES PODO-ORTHESES, ORTHOPROTHESISTES ET ORTHOPEDISTES-ORTHESES (ART. 67)	8
PRISE EN CHARGE DES ACTES DES ERGOTHERAPEUTES EN CAS D'ADRESSAGE (ART. 68)	8
GENERALISATION DE LA DEMATERIALISATION DES ECHANGES AVEC LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS (ART. 72)	9
REPORT D'UN AN DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE EN MATIERE DE SANTE DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE (ART. 75)	9
EXCLUSION DE PRISE EN CHARGE DES ACTES ET PRESTATIONS PRESCRITS PAR DES MEDECINS NON CONVENTIONNES (ART. 76)	10
MESURES RENFORCANT LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	12
ANNULATION AUTOMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE PAR L'AMO DES COTISATIONS SOCIALES DES PROFESSIONNELS DE SANTE AUTEURS D'ACTES FRAUDULEUX (ART. 41)	12
MESURES INTÉRESSANT LA PRÉVOYANCE COLLECTIVE	13
LIMITATION DE LA DUREE DES PRESCRIPTIONS DES ARRETS DE TRAVAIL (ART. 81)	13
LIMITATION DE LA DUREE DE VERSEMENT DES IJSS AU TITRE DES AT/MP (ART. 81)	13
CLARIFICATION DE LA DEFINITION DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL (ART. 83)	14
REPORT DE L'INTEGRATION A LA RENTE AT/MP DE LA REPARATION DU DEFICIT FONCTIONNEL PERMANENT (ART. 96)	14
EXTENSION DU BENEFICE DU CAPITAL DECES AUX AYANTS DROIT DES NON-SALARIES AGRICOLES DECEDES A LA SUITE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE (ART. 97)	14
CREATION D'UN CONGE SUPPLEMENTAIRE DE NAISSANCE (ART. 99)	15
AUTRES MESURES INTÉRESSANT LA PROTECTION SOCIALE	17
MALUS DES ENTREPRISES INSUFFISAMMENT ENGAGEES SUR L'EMPLOI DES SENIORS (ART. 11)	17
AUGMENTATION DE LA CSG SUR LES REVENUS DU CAPITAL (ART. 12)	17
MUTUALISATION DU COUT DES MALADIES PROFESSIONNELLES A EFFET DIFFERE EN FAVEUR DES BOETH DU SECTEUR AGRICOLE (ART. 14)	18
HAUSSE DE LA CONTRIBUTION APPLIQUEE SUR LES INDEMNITES DE MISE A LA RETRAITE ET DE RUPTURE CONVENTIONNELLE (ART. 15)	18
EXPERIMENTATION RELATIVE AU CALCUL DES COTISATIONS DES TNS AGRICOLES (ART. 16)	18
EXCLUSION DE L'ASSIETTE DES TNS AGRICOLES DES RENTES AT/MP (ART. 26)	19
SUBORDINATION DU BENEFICE DE LA PUMA AU VERSEMENT D'UNE PARTICIPATION FINANCIERE POUR LES ASSURES EXTRACOMMUNAUTAIRES (ART. 53)	19
INSTAURATION D'UNE OBLIGATION VACCINALE CONTRE LA GRIPPE DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX ET DES RESIDENTS EN EHPAD (ART. 55)	19
RENFORCEMENT DE L'OBLIGATION DE COMPLETEUR DU DMP PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE (ART. 85)	20
AMELIORATION DE LA RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES (ART. 95)	21
REFORME DU DISPOSITIF DE CUMUL EMPLOI-RETRAITE (ART. 102)	21
SUSPENSION DU CALENDRIER D'AUGMENTATION DE L'AGE LEGAL DE DEPART ET DE LA DUREE D'ASSURANCE PREVU PAR LA REFORME DES RETRAITES (ART. 105)	22

RAPPEL DU CALENDRIER LÉGISLATIF

ASSEMBLÉE NATIONALE

- Le 14 octobre 2025 : dépôt du PLFSS 2026 à l'Assemblée Nationale.
- Du 21 au 31 octobre 2025 : examen du PLFSS 2026, des rapports et amendements en Commission des affaires sociales.
- Du 04 au 12 novembre 2025 : discussions en séances publiques à l'Assemblée Nationale.

Le 12 novembre 2025 : transmission au Sénat, sans vote du projet de texte résultant des délibérations de l'Assemblée Nationale à l'issue du délai constitutionnel de 20 jours pour transmission au Sénat (art.47-1).

SÉNAT

- Du 13 au 22 novembre 2025 : examen du PLFSS 2026, des rapports et amendements en Commission des affaires sociales (après avis de la Commission des finances).
- Du 20 au 26 novembre 2025 : discussions en séances publiques au Sénat.

Le 26 novembre 2025 : adoption du projet de loi en première lecture par le Sénat.

COMMISSION MIXTE PARITAIRE (CMP)

Le 26 novembre 2025 : désaccord sur l'élaboration d'un projet de texte commun.

ASSEMBLÉE NATIONALE

- Du 26 novembre au 02 décembre 2025 : nouvel examen du PLFSS 2026 et des amendements en Commission des affaires sociales.
- Du 02 au 09 décembre 2025 : discussions en séances publiques à l'Assemblée Nationale.

Le 09 décembre 2025 : adoption du projet de loi en nouvelle lecture par l'Assemblée Nationale.

SÉNAT

- Du 10 au 12 décembre 2025 : nouvel examen du PLFSS 2026 et des amendements en Commission des affaires sociales puis en séances publiques au Sénat.

Le 12 décembre 2025 : rejet du projet de loi en nouvelle lecture par le Sénat.

ASSEMBLÉE NATIONALE

Le 16 décembre 2025 : adoption définitive du projet de loi par l'Assemblée Nationale.

CONSEIL CONSTITUTIONNEL

Le 18 décembre 2025 : saisine du Conseil Constitutionnel par des députés de l'opposition.

Le 30 décembre 2025 : décision n° 2025-899 DC de non-conformité partielle

Le 31 décembre 2025 : publication au Journal Officiel de la Loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026

MESURES INTÉRESSANT DIRECTEMENT LES OCAM

Instauration d'une contribution exceptionnelle et blocage des cotisations pour 2026 (art. 13)

Selon un prétendu objectif de rééquilibrage, l'article 7 de la LFSS institue, de manière provisoire, au titre du seul exercice 2026, une contribution exceptionnelle dont le produit sera affecté au financement de la branche « Maladie, maternité, invalidité et décès » du régime général de la sécurité sociale. Une mesure générale de blocage du montant des cotisations 2026 des contrats de complémentaire santé est par ailleurs prévue pour ne pas que le montant de cette « taxe » se répercute sur les assurés.

A la charge de qui ?

La contribution sera due par tous les organismes mentionnés au I de l'article L.862-4 du Code de la sécurité sociale, relevant du champ d'application de la Taxe de solidarité additionnelle (TSA), à savoir :

- Les **mutuelles** régies par le Code de la mutualité ;
- Les **institutions de prévoyance** régies par le livre IX du Code de la sécurité sociale ou par le livre VII du Code rural et de la pêche maritime ;
- Les **entreprises régies par le Code des assurances** ;
- Les organismes d'assurance maladie complémentaire étrangers non établis en France mais admis à y opérer en libre prestation de service.

Sur la base de quoi ?

L'assiette de calcul de la contribution exceptionnelle pour 2026 est stricto sensu la même que celle prévue pour la TSA.

Ainsi, la contribution sera assise sur **l'ensemble des sommes stipulées en 2026 au profit des organismes susvisés, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire**, y compris les accessoires dont ils bénéficient, directement ou indirectement, du fait de l'assuré ; à l'exclusion des garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières comprises en inclusion des contrats de complémentaire santé collectifs obligatoires et TNS agricoles.

N.B : Les participations financières prévues au titre de la Complémentaire santé solidaire n'entrent pas l'assiette de calcul.

Selon quelles modalités ?

Le taux de la contribution est fixé à **2,05 %**.

A compter du 1^{er} janvier 2026, cette contribution devra être déclarée selon les mêmes modalités que la TSA et sera recouvrée par les URSSAF, concomitamment au recouvrement de la TSA.

Elle pourra en outre faire l'objet d'une régularisation annuelle jusqu'au 30 juin 2027 au plus tard, selon les mêmes modalités que celles prévues pour la TSA.



Pour ne pas répercuter le montant de cette « taxe » sur les assurés, les organismes susvisés ont par ailleurs **interdiction, au titre de l'année 2026, d'augmenter le montant des cotisations des contrats de complémentaire santé par rapport à celui applicable pour l'année 2025.**

Le Gouvernement engagera dans le courant du premier trimestre 2026, et avant le 31 mars 2026, une négociation avec l'UNCAM et l'UNOCAM afin de déterminer les conditions tendant à s'assurer que les OCAM jouent le jeu et respectent cette instruction, y compris pour les exercices à venir !

*N.B : Lancée comme un pavé dans la marre, les sénateurs avaient tenté de réformer les contrats responsables en introduisant, en première lecture, une mesure visant à élargir le bénéfice du régime fiscal favorable dont bénéficient ces contrats à une autre forme de **contrat solidaire et responsable dit « socle »** et qui sont à l'heure actuelle qualifiés de contrats « non responsables ».*

*Concrètement, l'objectif était de soumettre au taux réduit de TSA de 13,27 % des contrats dont les garanties auraient été de nature à couvrir uniquement les **besoins réels et essentiels des assurés**. A ce titre, ces contrats auraient ainsi pu par exemple :*

- Ne pas prévoir le remboursement obligatoire du ticket modérateur sur des postes de soins en matière d'optique, dentaire et d'aides auditives, ne relevant pas du 100 % santé ;
- Exclure du remboursement des prestations et produits qui, en fonction par exemple du sexe ou de l'âge de l'assuré, ne relèvent pas d'une logique assurantielle pour tous ;
- Prévoir des délais de carence et des mécanismes d'entente préalable.

Introduites par voie d'amendement, ces dispositions ont cependant été supprimées en nouvelle définitive à l'Assemblée Nationale considérant que l'introduction d'un second cadre contractuel, en parallèle du contrat responsable, créerait une confusion majeure, affaiblirait la sécurité juridique des contrats existants et risquerait de dégrader le niveau de protection actuellement offert aux assurés. Ces dispositions ne figurent donc pas dans la version du texte qui a été adoptée.

Prise en charge de prestations d'accompagnement préventif des affections de longue durée (art. 54)

Dans le but de prévenir l'aggravation des pathologies chroniques et de réduire le nombre de personnes entrant dans le dispositif des affections de longue durée (ALD), il est introduit, dans le Code de la sécurité sociale, une nouvelle section consacrée à la « **prise en charge de prestations d'accompagnement préventif à destination des assurés souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une affection de longue durée** ».

Ces prestations seront déployées dans le cadre d'un « **parcours d'accompagnement préventif** » qui pourra prendre la forme d'un nouveau type de parcours coordonné renforcé tel que prévu à l'article L.4012-1 du Code de la santé publique, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Ces prestations ne pourront faire l'objet d'**aucun dépassement d'honoraires** et les assurés ne pourront en bénéficier qu'à la condition que le parcours leur soit **médicalement prescrit**.

La liste des pathologies admises au bénéfice pour l'assuré d'une telle prise en charge sera déterminée par décret après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) ; de même que la liste des actes et prestations pris en charge dans le cadre de ce parcours d'accompagnement préventif sera précisée par arrêté.

Selon l'étude d'impact du projet de loi, les prestations composant ce nouveau panier d'accompagnement préventif devraient être remboursées par l'AMO à hauteur de 60 % ; le ticket modérateur de 40 % laissé à la charge des assurés sur le tarif de ces prestations devant faire l'objet d'une prise en charge par les OCAM s'ils sont couverts à ce titre par un contrat de complémentaire santé et **obligatoirement** s'il s'agit d'un contrat responsable (obligation résultant du complément qui est apporté au 9° de l'article L.160-8 du Code de la sécurité sociale visant spécifiquement le nouvel L.162-63 instituant ce parcours et de la lecture combinée des articles L.871-1 et L.160-13 I. du même code).

N.B : Selon l'étude d'impact du projet de loi, le diabète sans complication et l'hypertension artérielle ainsi que l'obésité devraient figurer parmi les pathologies qui pourront prioritairement relever de ce nouvel accompagnement. Dans ce cadre, il serait ainsi envisagé d'inclure dans le nouveau panier d'accompagnement préventif des prestations consistant en un bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique et un bilan diététique, chaque bilan étant financé à hauteur de 45€.

Tiers-payant obligatoire sur la part AMO des séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy » (art. 56)

Dans l'objectif d'inciter les populations les plus précaires (mineurs, étudiants, ménages modestes) à accéder aux soins psychiatriques et psychologiques, il est instauré une obligation de tiers-payant sur la part prise en charge par l'AMO sur le tarif des séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy ».

Les modalités d'application de cette mesure seront précisées par décret en vue d'une entrée en vigueur au **1^{er} octobre 2026**.

N.B : Les OCAM étant tenus à une obligation générale de prise en charge du ticket modérateur des prestations comprises dans le cadre du cahier des charges des contrats responsables, parmi lesquelles figurent les séances de psychologues dispensées dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy », cette mesure ne devrait pas avoir d'impact sur ces derniers.

Création d'une consultation longue d'information sur la ménopause (art. 64)

En complément de la sensibilisation et de l'information sur les enjeux de la ménopause dont elles peuvent bénéficier lors des rendez-vous « Mon Bilan Prévention » à certains âges clés de la vie (notamment entre 45 et 50), il est créé une consultation longue pour toutes les femmes âgées de 45 à 65 ans inclus dans le but de leur faciliter l'accès à un professionnel de santé et aux traitements pendant la ménopause.

Cette consultation aura ainsi pour objet d'informer les assurées sur la ménopause, de prévenir les éventuels facteurs de risques auxquels elles sont exposées au cours de cette période et de les informer sur les éventuels traitements médicamenteux pouvant être envisagés.

Les conditions de prise en charge de cette consultation sont prévues dans le cadre des conventions conclues par l'Assurance maladie avec les professionnels de santé (probablement dans le cadre d'avenants à ces conventions) ; elle sera réalisée à tarif opposable en tous les cas.

A ce stade, même si aucune disposition ne précise encore selon quelles modalités les assurées ou les OCAM seront amenés à participer au financement de ces consultations longues, nous pouvons néanmoins imaginer que cette participation intervienne selon les règles de droit commun des consultations médicales c'est-à-dire qu'un ticket modérateur à hauteur de 30 % du tarif de cette consultation longue soit mis à la charge des assurées, conduisant à une obligation de prise en charge de ce montant par les OCAM dans le cadre des contrats responsables.

Réactivation de la prise en charge des frais de santé des assurés se rétablissant en France (art. 51)

En l'état actuel du droit, l'affiliation à la sécurité sociale étant conditionnée à la résidence « stable et régulière » en France, les assurés français qui partent s'installer à l'étranger perdent généralement leur affiliation et la couverture par l'Assurance maladie de leurs frais de soins de santé.

Afin de leur permettre de recouvrer plus facilement cette couverture à leur retour en France, sans avoir à justifier obligatoirement d'un emploi ou d'une résidence stable d'au moins trois mois sur le territoire, il était prévu de compléter les dispositions de l'article L.160-4 du Code de la sécurité sociale de manière à renvoyer le soin à un décret pris en Conseil d'État d'adapter les modalités de la prise en charge des frais de santé pour le cas particulier des anciens assurés revenant de l'étranger.

Extrait du nouvel alinéa introduit à l'article L.160-4 du CSS :

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis du Conseil économique, social et environnemental et de l'Assemblée des Français de l'étranger ou, dans l'intervalle de ses sessions, de son bureau, précise les conditions dans lesquelles les anciens assurés qui ont cessé de bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé au titre de l'article L. 160-1, puisqu'ils ont cessé de remplir les conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 111-1, recouvrent le bénéfice de la prise en charge de leurs frais de santé dans les meilleurs délais après leur retour sur le territoire. »

→ Ces dispositions, en ce qu'elles ne font que renvoyer au pouvoir réglementaire le soin d'en préciser les conditions d'application, ont été considérées par les Sages comme n'ayant pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses ou les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement ; elles n'ont donc pas leur place dans la LFSS. Sans qu'il soit préjugé de la conformité de leur contenu aux autres exigences constitutionnelles, elles ont en conséquence été déclarées contraires à la Constitution de 1958 et ont été censurées par le Conseil Constitutionnel dans sa décision n° 2025-899 DC du 30 décembre 2025.

Expérimentation relative à la prise en charge intégrale par l'AMO des actes de prélèvements médico-légaux des victimes de violences sexuelles et sexistes (art. 52)

Dans le but d'améliorer la prise en charge médicale d'urgence des victimes de violences sexuelles et sexistes, quel que soit leur âge ou la date des faits, l'article 18 ter de la LFSS pour 2026 vise à expérimenter, pour une durée de 3 ans, le **remboursement intégral par l'Assurance maladie des actes de prélèvements réalisés sur les victimes de violences sexuelles et sexistes dès lors que ces actes de prélèvement sont réalisés dans le délai d'un mois suivant les faits et ce, même en l'absence de plainte.**

Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation seront définies par décret et la liste des régions y participant (3 au maximum dont une située dans un territoire d'outre-mer) sera fixée par arrêté.

Il est par ailleurs prévu qu'au plus tard 3 mois avant le terme de cette expérimentation, un rapport d'évaluation de celle-ci soit adressé par le Gouvernement au Parlement pour apprécier :

- L'effectivité de l'accès des victimes à la prise en charge intégrale des actes susvisés ;
- L'effet de cette mesure sur la santé physique et psychique des victimes ;
- Les incidences de la mesure sur le déroulement des procédures pénales ;
- Les conditions de mise en œuvre pour les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie ;
- La pertinence d'une généralisation du dispositif sur l'ensemble du territoire.

Financement forfaitaire par l'AMO de séances de guidance parentale en cas de trouble du neurodéveloppement chez l'enfant (art. 66)

Un programme de guidance parentale visant à limiter l'impact des troubles du neurodéveloppement à terme pour l'enfant est intégré au parcours de bilan et intervention précoce prévu à l'article L.2135-1 du Code de la santé publique d'ores et déjà pris en charge par l'AMO.

Ce programme aura pour objet de proposer aux familles, après la confirmation d'un diagnostic médical de trouble du neurodéveloppement chez l'enfant, le remboursement sous forme forfaitaire de séances dites de « guidance parentale » réalisées par des professionnels non conventionnés avec l'AMO, à savoir les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les psychologues, mais qui interviennent dans le parcours de l'enfant et dès lors qu'ils ont contractualisé avec les plateformes de coordination et d'orientation (PCO).

Les conditions de prise en charge de ces séances seront précisées par décret.

Autorisation de prescription et de renouvellement des dispositifs médicaux pour les podorthoésistes, orthoproésistes et orthopédistes-orthoésistes (art. 67)

Afin de désengorger les médecins généralistes, il est prévu qu'un décret détermine les conditions dans lesquelles les podorthoésistes, les orthoproésistes et les orthopédistes-orthoésistes sont autorisés, sauf opposition du médecin :

- 1° A prescrire ou renouveler des dispositifs médicaux relevant de leur spécialité ;
- 2° A procéder à la réparation de certains de ces dispositifs médicaux ainsi qu'au remplacement d'une partie de ces dispositifs médicaux sans prescription médicale.

La liste des dispositifs concernés, ainsi que les conditions et modalités d'exercice de ces nouvelles prérogatives, seront définies par voie réglementaire.

Prise en charge des actes des ergothérapeutes en cas d'adressage (art. 68)

Jusqu'à présent, les actes réalisés par les ergothérapeutes ne sont susceptibles d'être admis à un remboursement par l'AMO qu'à la condition d'être prescrit médicalement.

Désormais, les assurés pourront également bénéficier d'une prise en charge des actes d'ergothérapie qu'ils réalisent lorsque, dans le cadre de leur parcours de soins, ils sont orientés vers des équipes pluriprofessionnelles au sein desquelles les ergothérapeutes exercent, même s'ils ne disposent pas d'une prescription médicale à cet effet.

A ce stade, aucune disposition ne précise cependant selon quelles modalités les assurés ou les OCAM seront amenés à participer éventuellement au financement de ces actes.

Généralisation de la dématérialisation des échanges avec les établissements hospitaliers (art. 72)

A l'instar des règles prévues pour la dématérialisation et la transmission électronique des feuilles de soins établies par les professionnels de santé exerçant en ville et les centres de santé, il avait été introduit ce même principe pour l'ensemble des soins, produits et prestations facturés par les établissements de santé, pour permettre à la fois la prise en charge de ces soins, produits et prestations mais aussi la mise en œuvre du tiers payant, et par les organismes d'assurance maladie et par les OCAM.

L'objectif de cette mesure était de sécuriser le recouvrement des créances de ces établissements tout en permettant notamment la vérification des droits des patients et en améliorant les délais de réception et de liquidation des factures par les organismes payeurs. Vis-à-vis des OCAM, elle s'inscrivait en droite ligne du dispositif ROC.

Ainsi, les établissements de santé auraient désormais eu l'**obligation légale** de transmettre électroniquement aux OCAM, les documents nécessaires à la détermination de la part des dépenses qu'ils sont susceptibles de prendre en charge au titre de la couverture souscrite par leurs assurés.

En retour, les OCAM auraient été tenus de communiquer à l'établissement, également par voie électronique, aux fins d'information du patient et de facturation, la part des dépenses prises en charge et dont ils assurent le paiement à l'établissement.

L'instauration de cet encadrement légal de la dématérialisation des échanges entre les établissements de santé et les organismes d'assurance maladie et de complémentaires santé aurait dû prendre effet au **1^{er} janvier 2026**.

→ Ces dispositions, en ce qu'elles visent la transmission électronique de documents relatifs à la prise en charge des soins, produits et prestations, ont été considérées par les Sages comme n'ayant pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses ou les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement ; elles n'ont donc pas leur place dans la LFSS. Sans qu'il soit préjugé de la conformité de leur contenu aux autres exigences constitutionnelles, elles ont en conséquence été déclarées contraires à la Constitution de 1958 et ont été censurées par le Conseil Constitutionnel dans sa décision n° 2025-899 DC du 30 décembre 2025.

Report d'un an de la protection sociale complémentaire en matière de santé dans la fonction publique hospitalière (art. 75)

L'article 75 de la LFSS pour 2026 reporte d'un an la mise en œuvre de la réforme de la protection sociale complémentaire (PSC) dans la Fonction publique hospitalière (FPH) en matière de complémentaire santé, soit à compter du **1^{er} janvier 2027**.

Ce report intervient dans le contexte du retard pris dans l'engagement des négociations entre l'administration centrale (notamment la Direction générale de l'offre de soins – DGOS) et les organisations syndicales représentatives, pour définir les modalités précises des régimes et niveaux de garanties, et par voie de conséquence de l'impossibilité à tenir l'échéance du 1^{er} janvier 2026 initialement prévue par l'ordonnance du 17 février 2021.

N.B : Ce report a été réduit à un an alors que les dispositions prévues dans le cadre du projet de texte initial envisageant le report de la mise en œuvre de la protection sociale complémentaire (PSC) pour les agent(e)s de la fonction publique hospitalière au 1^{er} janvier 2028.

Exclusion de prise en charge des actes et prestations prescrits par des médecins non conventionnés (art. 76)

Actuellement, il n'existe aucune exclusion ni limitation de prise en charge par l'AMO des actes et traitements prescrits par des médecins non-conventionnés (secteur 3), ceux-ci étant remboursés selon les modalités habituelles de prise en charge et ce, alors même que les assurés bénéficient pourtant d'un remboursement quasi nul sur le tarif de la consultation en tant que telle, puisque celui-ci est effectué sur la base d'un tarif dit d'autorité.

Cette « incohérence symboliquement contestable » sera supprimée à compter du **1^{er} janvier 2027** ; **tous les produits de santé, les actes et les prestations délivrés sur prescription d'un médecin non-conventionné n'étant plus susceptibles de donner lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie**, à l'exception de ceux prescrits par ces médecins à titre gracieux, pour eux-mêmes et pour leurs proches.

A ce stade, il n'est pas prévu que cette exclusion soit inscrite au rang des exclusions de prise en charge des contrats responsables. In fine, quelle que soit la nature du contrat de complémentaire santé qu'ils proposent, les OCAM seront donc libres de déterminer selon quelles modalités ils souhaitent intervenir pour la couverture de ces prestations.



A l'issue de l'examen du texte, ci-après les mesures susceptibles d'intéresser directement les OCAM qui ont finalement été abandonnées dans la version du texte définitivement adoptée :

- L'application d'une participation forfaitaire mise à la charge des assurés sur les actes et consultations effectués par les chirurgiens-dentistes ;
- L'application d'une franchise médicale sur les dispositifs médicaux du même montant que celle applicable aux médicaments ;
- La création d'un plafond ad hoc pour les transports de patients ;
- Le paiement des participations forfaitaires et franchises par les assurés directement auprès de certains professionnels de santé ;
- Dans le but de lutter contre la fraude, le fait de subordonner le remboursement des lentilles de contact à la télétransmission par les opticiens d'un acte de délivrance destiné à assurer la traçabilité du produit remis en précisant sa référence ainsi que la date et le lieu de délivrance, le tout assorti d'une authentification du retrait par l'assuré ;
- La suppression de la demande de rapport du Gouvernement sur le forfait patient urgences mis à la charge des assurés en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation ;
- La remise d'un rapport par le Gouvernement dressant le bilan du dispositif « mon soutien psy » ;
- La remise d'un rapport par le Gouvernement évaluant l'impact financier de la prise en charge des protections périodiques réutilisables au-delà de l'âge de 26 ans ;
- L'instauration d'un mécanisme de régulation des honoraires des chirurgiens-dentistes et l'établissement d'un rapport évaluant les effets de la hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires ;
- La limitation des dépassements d'honoraires des professionnels de santé et l'incitation au conventionnement via la création d'une sur-cotisation sur les revenus issus d'activités non conventionnées.

MESURES RENFORCANT LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Annulation automatique de la prise en charge par l'AMO des cotisations sociales des professionnels de santé auteurs d'actes frauduleux (art. 41)

La rédaction de l'article L.114-17-1-1 du Code de la sécurité sociale est modifiée afin de rendre **automatique** l'annulation par l'Assurance maladie des cotisations sociales qu'elle a prises en charge au bénéfice du professionnel de santé reconnu coupable de faits à caractère frauduleux, sur la part des revenus obtenus frauduleusement.

Le prononcé de cette annulation, à titre de sanction complémentaire, était jusqu'à présent présentée comme une faculté.

Extrait 1^{er} alinéa art. L.114-17-1-1 du CSS modifié au 1^{er} janvier 2026 :

« Lorsqu'un professionnel bénéficiant de la participation de l'assurance maladie au financement de ses cotisations, mentionnée au 5° du I de l'article L. 162-14-1, fait l'objet, pour des faits à caractère frauduleux, d'une pénalité financière décidée sur le fondement du IV de l'article L. 114-17-1, d'une sanction prononcée en application de l'article L. 145-2 ou d'une condamnation pénale dans les cas mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 114-16-2, l'organisme local d'assurance maladie **procède** à l'annulation de tout ou partie de cette participation sur la part des revenus obtenue frauduleusement. ».

MESURES INTÉRESSANT LA PRÉVOYANCE COLLECTIVE

Limitation de la durée des prescriptions des arrêts de travail (art. 81)

Afin de ralentir la dynamique des dépenses d'indemnités journalières et de mieux les maîtriser, le droit de prescription de l'ensemble des professionnels de santé prescripteurs d'arrêts de travail, à savoir les médecins, les sage-femmes et les chirurgiens-dentistes, sera désormais encadré par l'instauration d'un **plafond visant à limiter la durée des arrêts de travail, sans toutefois que ce plafond ne puisse être inférieur :**

- à **1 mois pour une première prescription ;**
- à **2 mois pour une prolongation de prescription.**

Les prescripteurs seront par ailleurs tenus de renseigner, au sein de l'avis d'arrêt de travail, le **motif pour lequel ils sont amenés à prescrire un arrêt.**

Aussi, une possibilité de **dérogation au plafond** est cependant prévue permettant au prescripteur de fixer une durée d'arrêt de travail plus longue à condition qu'il justifie, sur sa prescription, que la situation ou la pathologie du patient le nécessite et en considération également d'éventuelles recommandations établies par la Haute Autorité de santé si elles existent.

Pour tout renouvellement d'arrêt de travail d'une durée supérieure au plafond fixé, le prescripteur pourra en outre solliciter l'avis du service du contrôle médical de l'Assurance maladie afin de mieux objectiver les renouvellements d'arrêt de travail longs et à limiter la pression au renouvellement que ressentent certains médecins de la part de leurs patients.

Cette limitation de la durée des prescriptions des arrêts de travail entrera en vigueur à compter du **1^{er} septembre 2026.**

Limitation de la durée de versement des IJSS au titre des AT/MP (art. 81)

Contrairement aux indemnités journalières (IJ) versées au titre du risque maladie, les IJ en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (AT/MP) ne connaissent pas de durée maximale de versement et ce alors même que dans la plupart des cas, l'état de l'assuré se consolide et qu'il n'y a donc plus lieu que ce dernier soit indemnisé au titre d'une incapacité temporaire de travail.

Il est donc désormais instauré une **durée maximale de versement des IJ en cas d'arrêt de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle**, laquelle durée sera précisée au niveau réglementaire et ne pourra en aucun cas être plus courte que celle prévue en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie.

Au terme de cette durée, l'incapacité de l'assuré sera ainsi réputée permanente et ce dernier ne pourra donc plus prétendre au versement des IJ mais devrait bénéficier alors d'une rente AT/MP ou d'une indemnité en capital qui remplacera les indemnités journalières.

Dans le cas d'une interruption suivie d'une reprise du travail, cette période court à nouveau dès le jour où la reprise du travail a atteint une durée minimale fixée par décret.

Les modalités de limitation du versement des IJ en cas d'AT-MP s'appliqueront aux victimes dont le sinistre est intervenu à compter du **1^{er} janvier 2027**.

N.B : Selon l'exposé des motifs de cette mesure, il serait envisagé une durée maximale de 4 ans.

Clarification de la définition de l'incapacité de travail (art. 83)

Dans le but de consacrer dans la loi la position de la Cour de cassation sur la définition de l'incapacité de travail ouvrant droit au versement d'indemnités journalières dans le cadre du régime général d'Assurance maladie, la notion figurant à l'article L. 321-1 du Code de la sécurité sociale est complétée de manière à préciser que l'incapacité s'entend de l'incapacité physique de l'assuré de continuer ou de reprendre « *une activité professionnelle salariée ou non salariée quelconque* ».

→ Ces dispositions ont été déclarées contraires à la Constitution et ont donc été censurées par les Sages dans sa décision n° 2025-899 DC du 30 décembre 2025 au motif d'une part, qu'elles auraient eu pour effet d'exclure d'indemnisation un assuré social temporairement placé dans l'incapacité d'exercer son emploi du fait de son état de santé alors même qu'il aurait été en capacité physique d'exercer une autre activité professionnelle que la sienne et d'autre part, que ni ces dispositions ni aucune autre disposition législative ne prévoient que puissent être prises en compte, notamment, sa situation personnelle et la réalité d'une alternative professionnelle susceptible de lui être ouverte, y compris au regard des soins qu'il doit subir, et ce alors même que l'impossibilité d'une reprise à terme de son emploi n'aurait pas été constatée par le prescripteur. En retenant une définition imprécise et insuffisamment circonstanciée de l'incapacité ouvrant droit à indemnité, le législateur a donc méconnu l'étendue de sa compétence et privé de garanties légales les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 (droit à la protection de la santé, droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence, droit à la sécurité matérielle).

Report de l'intégration à la rente AT/MP de la réparation du déficit fonctionnel permanent (art. 96)

Aux termes de l'article 90 de la LFSS pour 2025, il était prévu que les nouvelles modalités de calcul des indemnités versées en rente ou en capital en cas d'incapacité permanente consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle, intégrant la réparation du déficit fonctionnel permanent, s'appliquent à compter du 1^{er} juin 2026 au plus tard.

Cette date est reportée au **1^{er} novembre 2026** par l'article 96 de la LFSS pour 2026.

Extension du bénéfice du capital décès aux ayants droit des non-salariés agricoles décédés à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (art. 97)

Depuis le 1^{er} janvier 2022 (cf. art. 98 de la LFSS pour 2022), les ayants droit (c'est à dire le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, les enfants ou les ascendants) des chefs d'exploitation et d'entreprise agricole, des aides familiaux, des associés d'exploitation, ainsi que des collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole décédés, bénéficient du versement par la MSA d'un capital décès lorsque le décès fait suite à une maladie, un accident de la vie privée ou un suicide pour un non-salarié en activité, à l'instar de ce qui existe pour les ayants droit des salariés décédés.

En revanche et contrairement à ce qui est prévu pour les salariés, le versement de ce capital décès ne s'applique pas lorsque les assurés décédés sont titulaires d'une rente AT-MP.

Afin de supprimer cette différence de traitement entre les ayants droit des salariés et ceux des non-salariés agricoles lorsqu'ils sont confrontés à un décès faisant suite à un AT-MP, il est donc créé une prestation de capital décès dans le régime des non-salariés agricoles en cas d'AT-MP afin d'améliorer l'aide apportée aux familles confrontées au deuil dans le cadre professionnel.

Cette mesure s'applique aux décès survenus à compter du **1^{er} janvier 2026**.

Création d'un congé supplémentaire de naissance (art. 99)

En complément des droits à congé existants en matière de maternité, de paternité, d'accueil de l'enfant ou d'adoption, il est créé un **congé supplémentaire de naissance indemnisé par la sécurité sociale**, dont la durée est fixée, au choix du bénéficiaire, à 1 ou 2 mois. Il pourra être fractionné en deux périodes d'un mois chacune, selon des modalités définies par décret.

Ce nouveau droit à congé pourra bénéficier à tous les assurés répondant aux conditions d'ouverture de droit et d'affiliation des congés préexistants, à la suite d'une naissance ou de l'accueil d'un enfant au foyer : salariés, indépendants, non-salariés agricoles, fonctionnaires, militaires, agents contractuels de droit public, assurés des régimes spéciaux.

Ainsi, ce congé supplémentaire pourra être pris par l'assuré(e) à la suite de son congé de maternité, paternité ou d'adoption, **à condition d'avoir épuisé ce premier droit à congé**.

Cette période de congé supplémentaire ne pourra par ailleurs être indemnisée et donc, donner lieu au versement d'une indemnité journalière qu'à la condition que l'assuré(e) ait cessé tout travail ou activité professionnelle et ne reprenne pas son activité pendant toute la durée d'indemnisation.

Pour les salariés de droit privé, le montant de cette indemnité sera correspondant à une fraction des revenus d'activité antérieurs soumis à cotisations à la date de l'interruption du travail, retenus dans la limite d'un plafond et ramenés à une valeur journalière ; il sera déterminé par un décret en Conseil d'État et pourra être rendu dégressif entre le premier et le second mois de ce congé.

Un **principe de non-cumul** de cette indemnité avec le service d'autre indemnité journalière à l'occasion d'autres dispositifs existants (IJ maladie, IJ AT/MP...) est par ailleurs prévu.

Des textes réglementaires viendront compléter et préciser la mise en œuvre de ce nouveau dispositif.

Il est néanmoins prévu que le bénéfice de ce nouveau congé supplémentaire de naissance s'applique 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.

A l'issue de l'examen du texte, parmi les mesures susceptibles d'intéresser la prévoyance collective, le projet de loi prévoyait également :

- De rendre facultative la visite de reprise après un congé de maternité, la laissant à l'appréciation du travailleur ou de l'employeur, si ces derniers anticipent d'éventuels risques au retour du congé de maternité (fatigue, post-partum, problèmes physiques liés à la grossesse, difficultés liées à l'allaitement, dépression post-natale...);
- D'instaurer pour les arrêts pour cause de maladie professionnelle une visite de reprise après une absence d'au moins 30 jours ;
- D'allonger la durée des arrêts justifiant l'organisation d'une visite de reprise, en passant la durée de 30 à 90 jours en cas d'accident du travail et de 60 à 120 jours en cas de maladie ou d'accident non professionnel ;
- D'interdire purement et simplement le renouvellement d'un arrêt de travail en télémédecine ;
- De supprimer le régime dérogatoire dont bénéficient les assurés présentant une affection longue durée (ALD) dite non-exonérante pour les faire basculer dans le régime de droit commun ;

Toutes ces mesures ont été supprimées au cours des débats.



AUTRES MESURES INTÉRESSANT LA PROTECTION SOCIALE

Malus des entreprises insuffisamment engagées sur l'emploi des séniors (art. 11)

La Loi n° 2025-989 du 24 octobre 2025 portant transposition des accords nationaux interprofessionnels en faveur de l'emploi des salariés expérimentés prévoit, parmi ces différentes mesures, l'obligation pour les entreprises de 300 salariés et plus, d'engager tous les trois ans une négociation avec les partenaires sociaux sur l'emploi, le travail et l'amélioration des conditions de travail des salariés dits « séniors ».

Le non-respect de cette obligation de négociation n'est cependant assorti d'aucune sanction. En l'absence d'accord collectif faute d'aboutissement de la négociation, l'employeur doit alors établir un plan d'action annuel pour favoriser l'emploi des salariés âgés.

Dans le prolongement de ces mesures, une pénalité sous la forme d'un malus sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage sera désormais appliquée en cas d'absence d'accord collectif ou de plan d'action. Ce malus sera déterminé par voie réglementaire, sur la base de critères « clairs », en fonction des efforts constatés dans l'entreprise en faveur de l'emploi des seniors ainsi que des motifs de sa défaillance.

N.B : Introduites par voie d'amendement, ces dispositions avaient été supprimées en première lecture au Sénat ; elles ont été rétablies en nouvelle lecture à l'Assemblée Nationale.

Augmentation de la CSG sur les revenus du capital (art. 12)

Alors que pour amasser des recettes, le Gouvernement, suivi par les sénateurs, envisageait de relever les seuils de revenus conditionnant l'application des taux réduits ou nuls de CSG sur certains revenus de remplacement (pensions de retraite, pensions d'invalidité, allocations d'assurance chômage), l'Assemblée Nationale a quant à elle choisi d'entériner à la place une hausse du taux de CSG sur les revenus du capital.

A cet effet, et à titre de compromis après débats, il est ainsi prévu de rehausser à hauteur de 10,6 % le taux de CSG sur les produits d'épargne financière, les 1,4 points d'augmentation étant affectés au financement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Par dérogation, pour ne pas pénaliser les épargnants et l'investissement locatif, restent néanmoins soumis au taux de 9,2 % de CSG les revenus suivants :

- Les revenus fonciers et plus-values immobilières,
- Les revenus issus des contrats d'assurance de vie,
- Les plans d'épargne logement et les contrats d'épargne logement,
- Les plans d'épargne populaire.

Ces évolutions s'appliqueront, avec quelques réserves, à compter de l'imposition des revenus de l'année 2025.

Mutualisation du coût des maladies professionnelles à effet différé en faveur des BOETH du secteur agricole (art. 14)

La LFSS rectificative pour 2023 a instauré le principe d'une mutualisation du coût des maladies professionnelles entre les employeurs qui embauchent des seniors. Dans un effort supplémentaire, la LFSS pour 2025 a étendu cette mutualisation aux coûts des maladies professionnelles des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (BOETH), dans le but d'encourager l'embauche des travailleurs en situation de handicap.

Jusqu'à présent, cette mutualisation ne s'applique toutefois qu'au profit des seules entreprises relevant du régime général, créant ainsi une distorsion de traitement à l'égard des exploitations et entreprises agricoles qui elles aussi sont pourtant soumises à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés.

Inséré par voie d'amendement au Sénat, l'article 14 étend donc cette mesure de mutualisation au profit des employeurs relevant du régime agricole.

Hausse de la contribution appliquée sur les indemnités de mise à la retraite et de rupture conventionnelle (art. 15)

La LFSS pour 2026 renforce la contribution sociale pesant sur certaines indemnités de rupture du contrat de travail versées par les employeurs.

Elle prévoit que le taux de la contribution patronale prévue à l'article L.137-12 du CSS soit porté de 30 % à 40 %, s'agissant des indemnités de mise à la retraite et des indemnités versées dans le cadre d'une rupture conventionnelle.

N.B : Des dispositions introduites par amendement en première lecture au Sénat envisageaient d'abaisser à 6 000 euros le plafond d'exemption d'assiette des cotisations de sécurité sociale des compléments de salaire (intéressement, participation, PEE, prime de partage de la valeur) pour les salaires supérieurs à 3 SMIC. Ces dispositions ont été supprimées dans la version du texte définitivement adoptée.

Expérimentation relative au calcul des cotisations des TNS agricoles (art. 16)

La LFSS pour 2026 introduit une expérimentation visant à moderniser les modalités de calcul des cotisations sociales des TNS agricoles.

Il est ainsi prévu qu'à titre expérimental jusqu'au 31 décembre 2028, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole puissent opter pour un calcul de leurs cotisations et contributions sociales sur la base d'une estimation de leurs revenus professionnels de l'année en cours, sous réserve d'une régularisation ultérieure fondée sur les revenus définitifs constatés.

Cette expérimentation entrera en vigueur à compter du **1^{er} octobre 2026**, puis fera l'objet d'une évaluation transmise au Parlement avant le 31 décembre 2027 afin d'étudier la pertinence de sa généralisation au 1^{er} janvier 2029.

Exclusion de l'assiette des TNS agricoles des rentes AT/MP (art. 26)

Avec la réforme introduite par la LFSS pour 2024, l'assiette sur laquelle sont calculées les cotisations de sécurité sociale dues par les non-salariés agricoles ainsi que l'assiette sur laquelle sont calculées les contributions mises à la charge de ces derniers (CSG/CRDS) seront unifiées à compter du 1^{er} janvier 2026, en vue de constituer une assiette de calcul unique se rapprochant de celle des salariés.

Aussi, pour parfaire l'alignement et ses effets sur l'application à l'assiette sociale de certains dispositifs fiscaux, il est prévu que soient désormais exclues de l'assiette de calcul unique des cotisations et contributions sociales des non-salariés agricoles, les sommes qui leur sont versées au titre de maladies professionnelles et d'accidents du travail (AT/MP) ou en réparation des maladies causées par des pesticides.

Subordination du bénéfice de la PUMA au versement d'une participation financière pour les assurés extracommunautaires (art. 53)

Il est institué une **participation financière minimale conditionnant l'accès à la Protection universelle maladie (PUMA)** de toutes les personnes qui résident en France de manière stable et régulière mais qui n'y exercent aucune activité professionnelle et qui ne sont donc pas redevables, en application des conventions bilatérales de sécurité sociale et d'accords internationaux, des cotisations et contributions sociales.

Sont notamment visés par cette mesure les ressortissants extracommunautaires titulaires d'un visa long séjour « visiteur », dont les retraités américains installés en France sans y exercer d'activité, qui peuvent être actuellement affiliés à la PUMA après trois mois de résidence stable et régulière, sans aucune contribution financière, alors même qu'elles perçoivent leurs pensions à l'étranger et n'acquittent pas d'impôt sur le revenu en France.

Ainsi, faute pour ces personnes de s'acquitter de cette participation financière pendant une durée déterminée, elles ne pourront plus bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé par l'Assurance maladie, le bénéfice de leur droit étant suspendu jusqu'à ce qu'elles s'acquittent du montant dû.

Un décret en Conseil d'État déterminera les modalités d'application de cette mesure, notamment celles relatives au montant, aux voies de notification et procédés de recouvrement de la participation ainsi que celles relatives à la suspension du droit à la prise en charge des frais de santé lorsque la personne ne s'en acquitte pas.

Instauration d'une obligation vaccinale contre la grippe des professionnels de santé libéraux et des résidents en EHPAD (art. 55)

Poursuivant l'ambition de répondre à des enjeux de simplification et d'efficacité, la nouvelle stratégie gouvernementale « vaccination et immunisation 2025-2030 » prévoit d'optimiser l'organisation territoriale de l'offre vaccinale pour la rendre plus accessible, plus cohérente et mieux adaptée aux réalités de terrain, afin notamment de protéger les populations les plus fragiles.

Dans cette perspective, des dispositions de l'article 55 de la LFSS pour 2026 instituent à l'égard des professionnels de santé exerçant à titre libéral, en dehors des établissements et organismes publics ou privés de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées (EHPAD), et de leurs employés, une **obligation vaccinale contre la grippe** lorsque leur lieu d'exercice les expose ou expose les personnes dont ils ont la charge à des risques de contamination.

L'obligation s'appliquera sous réserve d'une recommandation préalable de la Haute Autorité de santé en ce sens.

La liste des professions et des lieux d'exercice concernés, en fonction des risques de contamination sera déterminée par décret en Conseil d'État.

La même obligation est également instituée à l'égard de tous les personnes âgées résidants en EHPAD en période épidémique, sauf contre-indication médicale reconnue.

Renforcement de l'obligation de complétude du DMP par les professionnels de santé (art. 85)

Alors que l'obligation pour les professionnels de santé de reporter certains documents dans le Dossier Médical Partagé de leurs patients existe déjà (cf. L.1111-15 du Code de la santé publique), l'article 85 de la LFSS pour 2026 avait l'ambition d'y adosser un régime de sanctions applicables en cas de non-respect dans le but d'augmenter l'alimentation et la consultation lors des parcours de soins, et ainsi de renforcer l'effectivité de cette obligation légale.

Ce régime de sanctions aurait été également applicable à l'encontre des établissements, services ou organismes au sein desquels les professionnels exercent leur activité dès lors que ceux-ci n'auraient pas mis en place les mesures matérielles, organisationnelles et d'information définies par décret en Conseil d'État, permettant aux professionnels exerçant en leur sein de respecter leurs obligations de report et de consultation du DMP.

A l'issue d'une procédure contradictoire, la sanction aurait alors consisté en le prononcé, par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent, d'une pénalité financière dont le montant maximal été fixé à :

- 2 500 euros à l'encontre des professionnels de santé, par manquement constaté, sans pouvoir excéder 10 000 euros par an ;
- 25 000 euros à l'encontre des établissements, par manquement constaté, sans pouvoir excéder 100 000 euros par an.

Les éditeurs de services numériques en santé auraient en outre été passibles des mêmes sanctions si les manquements leur étaient imputables.

Il était prévu que ce nouveau régime de sanctions s'applique à compter du **1^{er} juin 2028** concernant le non-respect de l'obligation de report et à compter du **1^{er} juillet 2028** concernant le non-respect de l'obligation de consultation du DMP avant la prescription d'un acte particulièrement coûteux pour l'Assurance maladie ou en cas de risque de mésusage.

→ Ces dispositions, en ce qu'elles instaurent des obligations de report dans le dossier médical partagé et de consultation de ce dossier ainsi qu'un régime de pénalité applicable en cas de manquement à ces obligations, ont été considérées par les Sages comme n'ayant pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses ou les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement ; elles n'ont donc pas leur place dans la LFSS. Sans qu'il soit préjugé de la conformité de leur contenu aux autres exigences constitutionnelles, elles ont en conséquence été déclarées contraires à la Constitution de 1958 et ont été censurées par le Conseil Constitutionnel dans sa décision n° 2025-899 DC du 30 décembre 2025.

Amélioration de la reconnaissance des maladies professionnelles (art. 95)

L'article 95 de la LFSS pour 2026 prévoit de réformer les systèmes de reconnaissance des maladies professionnelles (MP) à savoir :

- Le **système dit « principal »** fondé sur les tableaux de maladies professionnelles (TMP) auxquels est attaché le principe de présomption d'origine professionnelle de la maladie ;
- Le **système dit « complémentaire »** fondé sur un examen individuel par les comités régionaux de reconnaissance de maladies professionnelles (CRRMP) des dossiers ne remplissant pas les conditions prévues par les tableaux ou ne relevant pas d'un tableau.

Pour le système dit « principal », il est désormais renvoyé à un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations syndicales de salariés et d'employeurs représentatives au niveau national, le soin de fixer les modalités générales d'établissement du diagnostic d'une maladie, en tenant compte des données acquises de la science.

Pur le système dit « complémentaire », lorsque seule la condition tenant au délai de prise en charge n'est pas remplie, une maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles pourra tout de même être reconnue d'origine professionnelle, après avis d'au moins deux médecins conseils recueilli dans des conditions fixées par décret, lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

L'avis des médecins conseils s'imposera en outre à la caisse d'Assurance maladie.

Cette réforme entrera en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard au **30 septembre 2026** pour les évolutions apportées au système dit « principal » et au **1^{er} janvier 2027** pour les évolutions apportées au système dit « complémentaire ».

Réforme du dispositif de cumul emploi-retraite (art. 102)

L'article 102 de la LFSS pour 2026 prévoit une refonte d'ensemble du régime de cumul emploi-retraite applicable aux différents régimes de retraite de base et complémentaires, légaux ou rendus légalement obligatoires. Le dispositif de cumul est désormais modulé en fonction de l'âge de l'assuré selon trois paliers :

- Avant l'âge légal de départ à la retraite : la pension sera réduite à due concurrence des revenus professionnels et de remplacement perçus ;
- Entre l'âge légal et l'âge d'obtention du taux plein : la pension sera réduite de la moitié du dépassement d'un seuil fixé par décret ;

- À partir de l'âge du taux plein : le cumul intégral sera autorisé sans plafonnement.

Des exceptions au régime de droit commun sont prévues pour certaines catégories d'assurés, notamment les titulaires de pensions militaires et de pensions d'invalidité.

Ces dispositions s'appliqueront aux assurés entrant en jouissance de leur première pension de vieillesse de base à compter du **1^{er} janvier 2027**.

Suspension du calendrier d'augmentation de l'âge légal de départ et de la durée d'assurance prévu par la réforme des retraites (art. 105)

La réforme (très contestée) des retraites, entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2023, a porté l'âge d'ouverture des droits à 64 ans pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1968 relevant du régime général et de la plupart des autres régimes (fonctionnaires sédentaires, non-salariés agricoles, professions libérales etc.). Pour les assurés nés entre le 1^{er} septembre 1961 et le 31 décembre 1967, cet âge d'ouverture des droits augmente de manière progressive, à un rythme de 3 mois par génération.

Cette réforme a également accéléré le calendrier d'augmentation de la durée d'assurance requise pour le taux plein à 172 trimestres, à raison d'un trimestre par génération à compter de la génération des assurés nés après le 1^{er} septembre 1961 jusqu'à ceux de la génération 1965 (alors que la cible de 172 trimestres était atteinte seulement à compter de la génération 1973 auparavant).

Lors de sa déclaration de politique générale, comme un moyen de stabiliser son Gouvernement et de répondre aux pressions parlementaires, le nouveau Premier ministre LECORNU avait cependant annoncé suspendre cette réforme d'ici à l'élection présidentielle de 2027 et utilisé le véhicule du texte du budget pour ce faire.

Ainsi, l'article 105 de la LFSS pour 2026 prévoit :

- De fixer l'âge d'ouverture des droits à 64 ans à compter de la génération 1969 (et non plus 1968 comme auparavant).
- De limiter l'augmentation progressive de cet âge de départ en le réduisant pour les générations 1964 et suivantes de la manière suivante :
 - o à **62 ans et 9 mois pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1964 et le 31 mars 1965** (contre 63 ans auparavant pour ceux nés en 1964 et, 63 ans et 3 mois auparavant pour ceux nés entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 1965) ;
 - o à **63 ans pour les assurés nés entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 1965** (contre 63 ans et 3 mois auparavant) ;
 - o à **63 ans et 3 mois pour les assurés nés en 1966** (contre 63 ans et 6 mois auparavant) ;
 - o à **63 ans et 6 mois pour les assurés nés en 1967** (contre 63 ans et 9 mois auparavant) ;
 - o à **63 ans et 9 mois pour les assurés nés en 1968** (contre 64 ans auparavant).
- D'abaisser d'un trimestre la durée d'assurance requise pour l'atteinte du taux plein pour les générations 1964 et suivantes, soit :
 - o à **170 trimestres pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1964 et le 31 mars 1965** (contre 171 trimestres auparavant pour ceux nés en 1964 et, 172 trimestres auparavant pour ceux nés entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 1965) ;

- à **171 trimestres pour les assurés nés entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 1965** (contre 172 trimestres auparavant) ;
- à **172 trimestres pour les assurés nés à partir du 1^{er} janvier 1966** (pas de changement).

Des modifications sont également apportées à différents textes spéciaux de manière à étendre également cette suspension aux assurés relevant de certaines catégories de la fonction publique dites « actives et super actives », aux militaires ayant plus de 15 ans de service ainsi qu'aux infirmiers ayant exercé leur droit d'option pour la catégorie A.

Afin que les assurés bénéficiant d'un départ anticipé, au titre du dispositif pour longues carrières, inaptitude et invalidité, puissent bénéficier de l'abaissement de la durée d'assurance requise prévue pour leur génération, à compter de cette date, ces mesures seront applicables aux pensions prenant effet à compter du **1^{er} septembre 2026**.

Enfin, des dispositions sont prévues pour élargir les effets de la suspension à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon qui se voient appliquer un calendrier spécifique de mise en œuvre de la réforme dans le cadre de la loi de financement de sécurité sociale pour 2024.



GLOSSAIRE

- AMO** : Assurance Maladie Obligatoire
- AMC** : Assurance Maladie Complémentaire
- ACPR** : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
- ANI** : Accord National Interprofessionnel
- AT** : Accident(s) du Travail
- BRSS** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
- CCN** : Convention Collective Nationale
- CNAMTS** : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CSS** : Code de la Sécurité Sociale
- C2S** : Complémentaire Santé Solidaire
- DGCCRF** : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
- DMP** : Dossier Médical Partagé
- DSS** : Direction de la Sécurité Sociale
- IJSS** : Indemnités Journalières de la Sécurité Sociale
- LCB-FT** : Lutte Contre le Blanchiment de capitaux et le Financement du Terrorisme
- LFSS** : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
- MP** : Maladie(s) Professionnelle(s)
- OCAM** : Organisme Complémentaire d'Assurance Maladie
- PASS** : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale
- PS** : Professionnels de Santé
- PLFSS** : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
- RGPD** : Règlement Général sur la Protection des Données
- RO** : Remboursement Obligatoire
- TM** : Ticket Modérateur
- TP** : Tiers Payant
- TSA** : Taxe de Solidarité Additionnelle