



PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS

PLFSS 2026

Propositions d'amendements au PLFSS 2026

Table des matières

I. Sur les articles du texte	2
Article 18 : Extension participations forfaitaires et franchises : Supprimer l'article	2
Article 19 : Création d'un parcours de prévention pour les personnes à risque de développer une ALD	3
Article 21 : Renforcer l'accès aux soins	3
Article 26 : Dépassements d'honoraires : limiter le taux de dépassement	4
Article 26 : Dépassements d'honoraires : interdire leur facturation sur les actes en lien avec les dépistages organisés	4
Article 27 : Favoriser l'efficacité, la pertinence et la qualité des activités des établissements de santé	5
Article 28 : Limiter la durée de prescription des arrêts de travail pour maladie supprimer cet article	5
Amendement de repli Article 28 : Exclure les arrêts liés à une ALD.....	5
Article 29 : Limiter la durée d'indemnisation des arrêts de travail des assurés ne relevant pas du dispositif de l'affection longue durée : supprimer cet article	5
Article 31 : clarification du périmètre de la liste des actes ou produits coûteux soumis à consultation obligatoire de l'Espace Numérique de Santé	6
Article 31 : clarification de la place du consentement des usagers dans l'obligation de consultation de l'Espace Numérique de Santé	6
Article 33 : Tiers payant contre biosimilaires et remboursement sur la base du biosimilaire le plus cher : supprimer cet article	7
Article 33 : Amendement de repli: Tiers payant contre biosimilaires et remboursement sur la base du biosimilaire le plus cher : Garantir la continuité de délivrance du même médicament. ..	8
Article 35 : Expérimentation du référencement de certains médicaments thérapeutiques équivalents	8
Article 38 : Déduire des indemnités versées par les assurances et fonds d'indemnisation l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap : Suppression	9
Article 44 : Gel des prestations : Suppression	10

II. Articles additionnels	10
Après l'article 10 : Instaurer un prix minimum de vente des boissons alcooliques	10
Après l'article 10 : Déplafonner les taxes sur l'alcool pour financer la sécurité sociale	11
Après l'article 10 : Proposer une fiscalité sur les publicités sur l'alcool	11
Après l'article 10 : Taxer les contenus publicitaires faisant la promotion des produits trop gras, trop sucrés, trop salés	12
Après l'article 10 : Rendre obligatoire le Nutriscore	13
Après l'article 10 : Taxer les sucres ajoutés dans les produits transformés destinés à la consommation humaine	15
Après l'article 10 : Introduire une fiscalité incitative dans le secteur de la restauration rapide (fast-foods), en modulant le taux de TVA applicable selon la qualité nutritionnelle des menus proposés	16
Après l'article 10 : Favoriser l'accès aux produits alimentaires favorables à la santé en modulant la TVA en fonction des repères nutritionnels du PNNS	17
Avant l'article 18 : Instaurer un véritable contrat de complémentaire santé solidaire	18
Après l'article 21 : Renforcer la Permanence des Soins en Ambulatoire	19
Après l'article 21 : Réguler l'installation des médecins dans les zones suffisamment dotées	20
Après l'article 35 : Fixation du prix du médicament : prendre en compte les investissements publics dans la recherche et le développement	22
Après l'article 35 : Lutter contre les pénuries de médicaments -instaurer des stocks de sécurité suffisants	22
Après l'article 35 : Permettre une préparation magistrale issue d'une spécialité (pédiatrie/ maladies rares)	23

I. Sur les articles du texte

Article 18 : Extension participations forfaitaires et franchises : Supprimer l'article

Dispositif

L'article 18 est supprimé

Exposé des motifs

Cet amendement vise à supprimer cet article qui viendra lourdement restreindre l'accès aux soins, notamment des personnes ayant le plus besoin de soins.

En plus des projets de décrets visant à doubler les plafonds des franchises et des participations actuelles, qui coutera déjà 42€ de plus pour les personnes non malades, et 72€ pour les personnes en ALD (sans compter les +20€ de la mesure 2024), venir rajouter des franchises et participations, et potentiellement un troisième plafond pour les transports, c'est assumer de rajouter du reste à charge aux personnes malades et en situation de handicap, et d'aller à contre sens du principe de solidarité nationale de notre Sécurité Sociale, en venant faire contribuer celles et ceux qui en ont le plus besoin.

Contrairement à ce que laisse penser l'exposé des motifs, les personnes qui seront le plus impactées ont des restes à charge déjà très élevés : 1.8 fois plus élevé que les personnes non malades selon le rapport IGAS 2024 sur les ALD. De plus, France Assos Santé a mené une enquête auprès de 3100 personnes malades, en situation de handicap ou de perte d'autonomie qui a révélé qu'au-delà de ces restes à charge officiels, ces personnes dépensent en moyenne plus de 1500€ de frais liés à la santé, non répertoriés dans les comptes sociaux. Elles étaient également plus de la moitié à déjà renoncé à des soins du fait des restes à charge élevés.

Cette mesure va non seulement à contre sens des principes de solidarité, mais aussi des principes de prévention en venant mettre des barrières à l'accès aux soins. Introduire des participations forfaitaires sur les consultations dentaires après avoir annualisé les consultations MT Dents, qui concernent aussi des jeunes de 18 à 24 ans, donc concernés par les participations, est un contre sens total.

Concernant l'exonération des personnes bénéficiaires de la C2S, les plafonds d'accès et le taux de recours étant si faibles, de nombreuses personnes très modestes auront à s'acquitter de ces contributions complémentaires qui entraîneront encore plus de renoncement aux soins.

Article 19 : Création d'un parcours de prévention pour les personnes à risque de développer une ALD

Dispositif

Article 19

A l'alinéa 5, après le mot « santé » sont ajoutés les mots « , et concertation avec les associations agréées au titre de l'article L1114-1 du code de la santé publique »

Le 7^{ème} alinéa est complété par la phrase « Ce parcours ne peut faire l'objet de facturation de dépassements d'honoraires »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à intégrer les associations agréées d'usagers dans le cadre des concertations visant à la détermination des critères permettant d'identifier les situations justifiant de la mise en œuvre de ces parcours.

Il intègre également explicitement l'interdiction de facturer des dépassements d'honoraires.

Si la proposition de parcours préventifs pour les personnes à risque de développer des maladies de longue durée est louable, les travaux prévus de redéfinition des conditions d'entrée en ALD, ne peuvent avoir pour objectif unique la restriction budgétaire. Il est impératif, qu'au-delà de la HAS, les associations d'usagers soient associés à ces travaux.

Article 21 : Renforcer l'accès aux soins

Dispositif

Article 21

L'alinéa 30 est complété par une phrase ainsi rédigée « La structure ne peut facturer aucun dépassement d'honoraires »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à clarifier le fait que les structures PDSA ne peuvent facturer des dépassements d'honoraires, afin de permettre un réel accès aux soins de tous.

Article 26 : Dépassements d'honoraires : limiter le taux de dépassement

Dispositif :

Article 26

1°) Après le I un II est inséré et ainsi rédigé :

Au II de l'article L162-5-13, les mots « *lorsqu'elles autorisent la pratique des honoraires différents des tarifs qu'elles fixent, soit un plafond de dépassement par acte, soit un plafond annuel pour les dépassements perçus par un praticien pour l'ensemble de son activité, ce plafond pouvant être déterminé en fonction du montant total des dépassements constatés l'année précédente.* » sont supprimés et remplacés par « *prévoient que les tarifs des médecins mentionnés à l'article L162-5, ne peuvent donner lieu à dépassement portant ces tarifs au-delà d'un montant équivalent à 200% des tarifs opposables* »

2°) Le II devient III

Exposé des motifs

Au-delà des dispositions désincitatives à la facturation de dépassements d'honoraires il apparaît nécessaire de réguler de manière claire ces facturations. Cet amendement prévoit de limiter le montant des dépassements au niveau maximum des contrats OPTAM, soit 200% du tarif de Sécurité Sociale.

Article 26 : Dépassements d'honoraires : interdire leur facturation sur les actes en lien avec les dépistages organisés

Dispositif

Article 26

1°) Après le I un II est inséré et ainsi rédigé :

L'article L162-5-13 est modifié comme suit :

Après le I un I bis est inséré et ainsi rédigé :

Les tarifs mentionnés au I ne peuvent pas donner lieu à dépassement pour les actes en lien avec les dépistages organisés dans le cadre de la prévention des cancers

Le I bis devient 1 ter

2°) Le II devient III

Exposé des motifs

Cet amendement vise à interdire la facturation de dépassements d'honoraires dans le cadre des dépistages organisés des cancers, comme proposé dans le rapport charges et produits de l'Assurance maladie. La France est en effet très en dessous des objectifs en matière de dépistage des cancers, il est donc nécessaire de lever les barrières financières d'accès.

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

Dispositif

Article 27

A l'alinéa 4 après les mots « indicateurs » sont insérés les mots « , co construits avec les différents acteurs, notamment les représentants des professionnels de santé et les associations agréées au titre de l'article L1114-1 du code de la santé publique, »

Après le mot « efficience » sont insérés les mots « , la qualité »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à impliquer les principaux acteurs concernés, à savoir les professionnels et les usagers du système de santé, dans la construction des indicateurs mentionnés. Ces indicateurs devront notamment intégrer des critères qualité patient (PREMS, PROMS)

Article 28 : Limiter la durée de prescription des arrêts de travail pour maladie : supprimer cet article

Dispositif

L'article 28 est supprimé

Exposé des motifs

Cet amendement vise à supprimer cette mesure qui viendra saturer encore plus l'accès aux médecins en multipliant les rendez-vous. Au regard des difficultés d'accès aux soins déjà importantes, notamment dans certains territoires, cette mesure ne permettra pas de garantir que les personnes nécessitant une prolongation d'arrêt de travail pourront en bénéficier effectivement. Cela va créer en outre un engorgement pour les personnes nécessitant une consultation médicale du fait des créneaux pris pour des renouvellements.

Amendement de repli Article 28 : Exclure les arrêts liés à une ALD

Dispositif

Article 28

A l'alinéa 12, avant les mots « Ils peuvent » sont insérés les mots « Le plafond mentionné au deuxième alinéa ne s'applique pas lorsque l'arrêt concerne un motif en lien avec affection mentionnée aux 3°) et 4°) de l'article L322-3. »

L'alinéa 15 est complété par une phrase ainsi rédigée « Ce plafond ne s'applique pas lorsque l'arrêt concerne un motif en lien avec affection mentionnée aux 3°) et 4°) de l'article L322-3. »

Exposé des motifs

Cet amendement de repli vise à minima à exclure de la limitation de durée les arrêts liés à une ALD qui par nature sont susceptibles d'être plus longs, et d'éviter l'engorgement des cabinets médicaux déjà important.

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

Dispositif

L'article 29 est supprimé

Exposé des motifs

Cet amendement vise à supprimer cet article qui viendra pénaliser les personnes atteintes de maladies chroniques, qui ne répondent pas aux conditions restrictives d'accès à l'ALD, notamment concernant les soins coûteux, mais dont l'état de santé peut néanmoins justifier de longues périodes d'arrêts.

Article 31 : clarification du périmètre de la liste des actes ou produits coûteux soumis à consultation obligatoire de l'Espace Numérique de Santé

Dispositif

Alinéa 15 : supprimer :

« ou d'un transport de patient, lorsqu'ils sont particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ou en cas de risque de mésusage. »

Exposé des motifs

La consultation du DMP / Mon Espace Santé (Espace Numérique de Santé) permet au professionnel prescripteur d'un acte ou produit de santé d'avoir le maximum d'éléments en main pour apprécier la pertinence d'une prescription. C'est particulièrement vrai pour certains cas où les habitudes de prescription ne sont pas alignées avec les recommandations officielles ou quand les parcours de santé des usagers sont morcelés avec des difficultés de suivi et de coordination.

Dans un souci d'efficience médico-économique, la pertinence des prescriptions est un levier important d'économie. Les actes redondants ou non recommandés systématiquement, en particulier certains examens d'imagerie ou de biologie, doivent ainsi faire l'objet d'une attention particulière. La consultation du DMP / Mon Espace Santé par les professionnels peut apporter des éléments déterminant pour prévenir certaines de ces prescriptions inappropriées. Dans le cas des transports sanitaires, ceux-ci prennent en compte la situation du patient, son autonomie et sa situation de santé. Aucun élément supplémentaire qui pourrait être présent dans le DMP / Mon Espace Santé ne saurait avoir d'impact significatif supplémentaire aux éléments recueillis auprès du patient directement et pris en compte pour la prescription d'un transport sanitaire.

Dans le cas du mésusage qui peut concerner certains produits de santé, le DMP / Mon Espace Santé ne peut refléter la situation du patient en apportant des éléments significatifs. En outre, l'Espace Numérique de Santé a été défini par le législateur comme un droit d'accès et de gestion des données médicales de l'utilisateur par voie électronique et ne doit pas être considéré comme un outil de régulation médico-économique, sous peine de dévoyer sa finalité et la confiance des usagers pour cet outil qui a été adopté par 22 millions d'utilisateurs.

Dans le cas du mésusage, de nombreux dispositifs efficaces existent par ailleurs et permettent la sécurisation la prescription en particulier à la délivrance en officine : ordonnances sécurisées (impact positif sur le Tramadol récemment concerné), ordonnances numériques (même standard de sécurité), surtout déclaration au téléservice ASAFO pour les ordonnances falsifiées, consultation du Dossier Pharmaceutique (activé pour plus de 40 millions d'utilisateurs). Dans ce cas, il semblerait d'ailleurs contre-productif pour prescripteurs et dispensateurs d'ajouter une nouvelle disposition supplémentaire.

Article 31 : clarification de la place du consentement des usagers dans l'obligation de consultation de l'Espace Numérique de Santé

Dispositif

Insérer après l'alinéa 15 la phrase suivante :

« Le droit de refus des usagers à utiliser l'Espace Numérique de Santé ou leur refus d'accorder au prescripteur l'accès à l'Espace Numérique de Santé, ne peuvent en aucun cas motiver un refus ou limitation de la prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations associées visées par la liste prévue à l'article L. 162-1-7. »

Exposé des motifs

L'Espace Numérique de Santé (DMP / Mon Espace Santé) a été défini par le législateur comme un droit d'accès et de gestion des données médicales de l'utilisateur par voie électronique et ne doit pas être considéré comme un outil de régulation médico-économique, sous peine de dévoyer sa finalité et la confiance des usagers pour cet outil qui a été adopté par 22 millions d'utilisateurs.

Le cœur de ce service public repose sur le respect des choix du patient, qui a le droit de refuser la création de son Espace Numérique de Santé (action réversible à tout moment) et le droit d'accorder l'accès à son Espace Numérique de Santé aux professionnels de son choix, qui sont tenus de recueillir son accord. Imaginer un dispositif qui conditionnerait la prise en charge financière d'actes ou produits de santé à l'utilisation par le prescripteur des éléments de l'Espace Numérique de Santé consiste à remettre totalement en cause la définition du service établie par le législateur.

En clarifiant l'impact potentiel de cette mesure, cet amendement permet de sécuriser les patients qui souhaiteraient ne pas utiliser ou partager les données de leur Espace Numérique de Santé pour les raisons qui leur sont propres. Dans les faits, de nombreux patients refusent ces usages par peur de stigmatisation médicale (porteurs du VIH, parcours en addictologie, en psychiatrie, etc.) ou par manque de confiance dans le numérique et les garanties de protection des données (confidentialité et sécurité).

Article 33 : Tiers payant contre biosimilaires et remboursement sur la base du biosimilaire le plus cher : supprimer cet article

Dispositif

L'article 33 est supprimé

France Assos Santé est favorable aux mesures qui permettent de préserver les comptes de notre système solidaire d'assurance maladie tout en respectant les droits et la sécurité des personnes malades.

Pour autant, les mesures ici proposées vont à l'encontre de l'intérêt des personnes malades, nous pouvons agir sur d'autres leviers par exemple l'incitation à la primo prescription de médicaments biosimilaires ou le changement d'un médicament de référence à un biosimilaire sous le contrôle d'un médecin.

Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament, la substitution en pharmacie d'officine doit être progressive, contrôlée et sous conditions strictes « *afin de garantir la sécurité de dispensation et d'utilisation des médicaments biologiques, l'adhésion des patients et de l'ensemble des professionnels de santé aux conditions et contraintes liées à une possible substitution de médicaments biologiques (conclusion du [rapport 2022 sur les biosimilaires](#))* ».

L'ANSM a établi des conditions strictes pour encadrer la substitution en officine effective en 2025.

L'ensemble de ces conditions ne sont pas réunies, tout reste à construire concernant les conditions de substitution en pharmacie de ville : formation des professionnels et apprentissage nécessaire des personnes malades en raison de dispositifs d'administration différents.

Les mesures proposées sont également sources d'inégalités : les personnes malades les plus aisées peuvent pourrissent donc continuer à choisir de payer pour utiliser les biomédicaments de référence, enclenchant une médecine à deux vitesses.

Pour rappel, contrairement aux médicaments génériques, le biosimilaire est une copie très proche d'un médicament biologique, mais jamais identique, car reproduire exactement un produit vivant est impossible. Alors que le générique lui est la copie exacte d'un médicament chimique.

Les médicaments biosimilaires représentent un effort de trésorerie jusqu'à 140 fois supérieur exposant les personnes malades déjà fragilisées sur le plan social à une charge insoutenable les privant de leur droit au consentement pour motif économique. Le changement de médicament est déstabilisateur pour les personnes malades, certains médicaments biologiques sont associés à un dispositif médical qui nécessite un apprentissage.

Article 33 : Amendement de repli: Tiers payant contre biosimilaires et remboursement sur la base du biosimilaire le plus cher : Garantir la continuité de délivrance du même médicament.

Dispositif

Article 33

Après l'alinéa 26 est ajouté

VI. L'article L5125-23-2 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

6° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire ;

En cas de rupture d'approvisionnement au sens de l'article R.5124-49-1 du code de la santé publique, le pharmacien peut substituer le médicament par un autre médicament biosimilaire appartenant au même groupe, dans les conditions prévues au 2° du présent article. »

Exposé des motifs

L'arrivée progressive des médicaments biosimilaires constitue potentiellement d'importantes économies pour notre système de santé. Les enjeux sont importants, les travaux doivent s'inscrire dans un climat de confiance.

Pour rappel, contrairement aux médicaments génériques, le biosimilaire est une copie très proche d'un médicament biologique, mais jamais identique, car reproduire exactement un produit vivant est impossible. Alors que le générique lui est la copie exacte d'un médicament chimique.

Tout reste à construire concernant les conditions de substitution en pharmacie de ville : formation des professionnels et apprentissage nécessaire des personnes malades notamment quand les biomédicaments sont associés à un dispositif médical (injection). Ces dispositifs peuvent en effet varier entre un médicament de référence et un biosimilaire mais aussi entre les différents biosimilaires proposés.

Cet amendement limite la substitution au médicament biologique par le pharmacien aux seules situations d'initiation de traitement.

Article 35 : Expérimentation du référencement de certains médicaments thérapeutiques équivalents

Dispositif

L'article 35 est supprimé

Exposé des motifs

Cette expérimentation permet au Ministère de la Santé de négocier le prix des médicaments génériques délivrés en Pharmacie de ville par appel d'offres. Cette disposition ne permet en aucun cas de répondre aux problématiques des pénuries mais viendra renforcer notre dépendance aux industriels retenus-y compris dans le cadre d'appels multi-attributaires- et limitera les différentes alternatives proposées aux personnes malades. L'augmentation des dépenses

de médicaments est principalement due aux médicaments nouveaux et chers, qui ne sont pas concernés par cette disposition.

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

Suppression

Amendement Uniopss et APF France handicap (travaillé avec l'ANADAVI, la FNATH, l'UNAFTC, soutenu par France Assos Santé.

Dispositif

Suppression de l'article 38

"Le présent article est supprimé".

Exposé des motifs

Le présent article vise à instaurer un principe de subsidiarité de l'APA et de la PCH par rapport aux indemnisations servies par les responsables de dommages corporels.

Il est proposé sans la consultation des acteurs concernés et dans un objectif d'économies budgétaires, au détriment du respect des droits des personnes.

La présente mesure contrevient aux principes de ces différentes aides. L'APA vise à prendre en charge la perte d'autonomie des personnes âgées. La PCH est une aide pour répondre aux besoins de perte d'autonomie liée à un handicap. Ainsi, leur nature et objet ne sont pas la réparation d'un préjudice.

En l'état actuel, les départements (via les MDPH et les formulaires de demandes depuis quelques années) demandent aux personnes en situation de handicap si elles sont victimes d'accidents et si elles bénéficient à ce titre d'une indemnisation et son montant lors de leur demandes d'accès au fond de compensation ou dès l'entrée dans le dispositif.

Dans la pratique il existe un véritable flou de ce qui est appliqué dans ces situations par les MDPH d'autant plus qu'en droit rien n'interdit d'être indemnisé au titre d'une réparation et d'accéder à un droit à compensation.

L'article 38 permet au département de déduire du montant de l'APA à domicile ou de la PCH, les indemnités reçues par le bénéficiaire en réparation d'un dommage corporel qui couvrent des besoins figurant dans leurs plans d'aides, ce qui déroge de façon drastique au droit actuel sans donner aucune clé pour résoudre tous les problèmes pratiques qui s'ensuivront.

En effet, d'une part, le processus d'indemnisation peut être long pour une personne victime d'un dommage corporel (plusieurs années). Le temps long de l'indemnisation n'est pas le même temps de la compensation qui permet de répondre à des besoins immédiats. Les provisions versées ne sont pas forcément détaillées et ne concernent que rarement les besoins en tierce personne. Mais encore, comment déduire le capital versé au titre de besoins en tierce personne futurs calculé à partir de barèmes de capitalisation choisis par les parties ou le juge d'une prestation par nature mensuelle et future ? Les questions sont multiples.

De plus, la déclaration de l'indemnisation fait peser sur les personnes, parfois déjà en difficulté, une certaine charge administrative, s'ajoutant à l'ensemble des démarches liées à leur situation. Plusieurs conséquences peuvent être identifiées comme la confusion entre les différentes aides et indemnités ainsi que le non-recours à l'APA ou la PCH. Le croisement de ces données, avec celles des assureurs et des départements engendre une complexité administrative qui peut se traduire par des lenteurs ou des erreurs.

Les pratiques des Conseils départementaux en matière d'octroi des plans d'aide liés à l'APA et à la PCH sont déjà très hétérogènes. Ce principe de subsidiarité pourrait renforcer les inégalités territoriales.

C'est à juste titre que le législateur renonce à donner au département un recours subrogatoire dans les procédures en indemnisation ce qui provoquerait une demande systématique des assureurs de privilégier le règlement prioritaire par le département de tous les besoins en tierce personne et en matériel des victimes, le département devenant une sorte de sécurité sociale des besoins en tierce personne.

Par ailleurs, la 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation s'est plusieurs fois prononcée en la matière en jugeant que l'APA n'a pas de caractère indemnitaire. : « *cette allocation, versée par le conseil départemental et non mentionnée par l'article 29 de la loi du 5 juillet 1985, ne donne pas lieu à un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation* » (Cass. 2^e civ., 20 oct. 2016, n° 15-17.507). Sa position est similaire en matière de PCH (Cass. 2^e civ., 29 juin 2017, 16-17.864).

Pour ces raisons, nous demandons la suppression de cet article et l'organisation de travaux nationaux sur le sujet associant tous les acteurs concernés avant de proposer un texte législatif et de renvoyer au règlement toutes les modalités d'application.

Article 44 : Gel des prestations : Suppression

Dispositif

L'article 44 est supprimé

Exposé des motifs

Cet amendement vise à supprimer le gel des prestations qui viendra impacter non seulement les retraités, mais aussi les personnes qui perçoivent notamment une AAH. Il n'est pas acceptable de faire peser sur des personnes qui sont déjà très impactées par les mesures d'austérité et la hausse des restes à charge et des cotisations de complémentaire, un effort supplémentaire.

II. Articles additionnels

Après l'article 10 : Instaurer un prix minimum de vente des boissons alcooliques

Dispositif

Après l'Article L3322-1 du code de la Santé publique

Après l'article L3322-1 du code de la Santé publique, est inséré un article ainsi rédigé :

« Le prix minimum de vente des boissons mentionnées à l'article L3322-1 du Code de la Santé publique, ne peut être inférieur à 0,50 euros par unité d'alcool soit par décilitre d'alcool pur.

Une partie des recettes issues de la TVA alimentent le Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives, mentionné au L221-1-4 du code de la sécurité sociale.

Un décret en Conseil d'État précise les conditions de mise en œuvre du présent article. »

Exposé des motifs

Cet amendement propose de mettre en place la mesure adoptée par plusieurs pays : Canada, Irlande et enfin l'Ecosse à partir de mai 2018 : l'instauration d'un prix minimum de l'unité d'alcool est désormais considérée par l'OMS comme l'une des mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool et limiter ses dommages.

Cette mesure est particulièrement effective pour les buveurs à risque et alcoolodépendants représentant environ 10 millions de personnes en France. Elle devrait également permettre de freiner le développement préoccupant de l'alcoolisation ponctuelle importante » (API) chez les plus jeunes. En Ecosse, le bilan après 2.5 années d'application a démontré que le prix minimum de l'unité d'alcool a permis de réduire la mortalité imputable à l'alcool de 13.4% et les hospitalisations de 4.1%.

Rapporté à la population de la France, une telle mesure se traduirait par un recul important de la mortalité évitable de l'ordre de 3000 à 5000 décès évités et une baisse très significative des prises en charge aux urgences et des

hospitalisations. Cette mesure serait particulièrement attendue dans le contexte actuel de tension durable sur les prises en charge en urgence susceptibles de se traduire par des pertes de chances pour l'ensemble des patients.

Par conséquent, il est proposé que le seuil en dessous duquel l'interdiction de vente s'applique soit fixé à 50 centimes par unité. A titre d'exemples, avec ce système, une bouteille de spiritueux de 70 cl et un cubitainer de 3 litres de vin titré à 12,5% d'alcool ne pourrait pas être vendue en dessous d'une quinzaine d'euros. Cette mesure serait également susceptible de freiner la prolifération des promotions sur les ventes d'alcool en grande quantité constaté dans les supermarchés comme la vente d'un deuxième pack de 24 bouteilles de bière à moitié prix.

La hausse des prix de ces boissons générera mécaniquement une hausse des produits issus de la TVA. Il est proposé de flécher une partie des recettes fiscales vers le Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives.

Après l'article 10 : Déplafonner les taxes sur l'alcool pour financer la sécurité sociale

Amendement d'Addictions France soutenu par France Assos Santé

Dispositif

I - L'article L 245-9 du Code de la Sécurité Sociale est ainsi modifié

Au cinquième alinéa, la phrase :

« Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. » est supprimée.

II - L'article L313-19 du Code d'imposition des biens et des services est ainsi modifié :

La phrase :

« Toutefois, l'évolution annuelle ne peut ni être négative ni excéder 1,75 %. »

Est remplacée par la phrase :

« Toutefois, l'évolution annuelle ne peut être négative. ».

Exposé des motifs

Certains produits font l'objet de taxes spécifiques en raison de leur dangerosité pour la santé et des coûts évitables pour la société : les boissons sucrées (sodas...), le tabac et l'alcool. Les taxes sur les boissons sucrées et le tabac sont indexées sur l'inflation. Cependant, les taxes liées aux boissons alcooliques sont bloquées à un relèvement annuel de 1,75% maximum, même en période de forte inflation.

Après l'article 10 : Proposer une fiscalité sur les publicités sur l'alcool

Amendement d'Addictions France soutenu par France Assos Santé

Dispositif

I. - Après la section 3 du chapitre 5 du titre IV du Livre II de la partie législative du Code de la sécurité sociale, il est inséré une section 3-bis ainsi rédigée :

« Section 3-bis : Taxation des publicités en faveur de boissons alcooliques

« Article L246 :

I. - Il est institué une taxe perçue sur les dépenses de publicité portant sur la promotion d'une boisson alcoolique.

II. - Sont redevables de cette taxe les entreprises :

Produisant, important ou distribuant en France des boissons alcooliques ou leurs représentants

Et dont le chiffre d'affaires du dernier exercice est supérieur ou égal à 10 millions d'euros, hors taxe sur la valeur ajoutée.

III. - La taxe est assise sur les frais d'achats d'espaces publicitaires, quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais d'événements publics et de manifestations de même nature.

IV. - Le taux de la taxe est fixé à 3% du montant hors taxes sur la valeur ajoutée des dépenses mentionnées au I. du présent article. 9

V. – Les modalités du recouvrement sont instaurées par décret trois mois après la date d'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

VI. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2025.

Exposé des motifs

L'alcool est à l'origine de 41 000 morts par an en France, sachant que la crise sanitaire a généré une augmentation de la consommation d'alcool chez les personnes vivant avec une addiction, laissant présumer des dommages sur le long-terme. Toute consommation d'alcool comporte un risque, c'est pourquoi les entreprises qui incitent à la consommation d'alcool doivent participer financièrement à la prévention des risques et des dommages liés à cette substance.

Le présent amendement vise à taxer la publicité pour les produits alcooliques afin de financer le Fonds de lutte contre les addictions. D'une part, en s'acquittant de cette taxe, les grands industriels de l'alcool contribuent financièrement à diminuer les risques inhérents à leur produit. D'autre part, cette contribution permettra de diversifier les ressources de ce fonds et de concrétiser l'engagement pris par le Gouvernement au travers du plan de lutte contre le cancer : faire de la prévention une priorité de la politique de santé publique.

Après l'article 10 : Taxer les contenus publicitaires faisant la promotion des produits trop gras, trop sucrés, trop salés

Dispositif

Après l'article L. 2133-1 du code de la santé publique, il est inséré un nouvel article ainsi rédigé :

« Les messages publicitaires et activités promotionnelles en faveur de produits alimentaires et boissons trop riches en sucre, sel ou matières grasses et ayant notamment pour cible les enfants de moins de seize ans sont soumis au versement d'une contribution dont le produit est affecté à la branche Maladie de la Sécurité sociale.

« Cette contribution est assise sur le montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion de ces messages, hors remise, rabais, ristournes et taxes sur la valeur ajoutée, payées par les annonceurs. Le montant de cette contribution est égal à 10 % du montant de ces sommes.

« Le fait générateur est constitué par la diffusion des messages publicitaires ou la mise à disposition des documents visés au premier alinéa. La contribution est exigible au moment du paiement par l'annonceur aux régies ou au moment de la première mise à disposition des documents visés. La contribution est déclarée, liquidée, recouvrée et contrôlée selon les procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même taxe. Il est opéré un prélèvement de 10 % effectué par l'État sur le montant de cette contribution pour frais d'assiette et de recouvrement.

« les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État pris après avis de Santé publique France. »

Exposé des motifs

Alors que l'obésité est de plus en plus présente chez les enfants, le lien entre ce phénomène et la commercialisation de produits alimentaires et de boissons trop riches en sucre, sel ou matières grasses a déjà été observé par l'OMS.

Après de nombreuses années de mesures s'appuyant sur la bonne volonté des industriels, force est de constater l'échec des mesures non contraignantes. Les annonceurs ont accru la pression marketing sur les produits alimentaires riches en sucre, sel ou matières grasses ainsi que les sodas participant au changement de comportements alimentaires des plus jeunes et au développement de l'épidémie de surpoids et d'obésité qui impactera profondément l'avenir de notre système de protection sociale. L'obésité étant responsable de plus de 12 maladies

En l'absence de cadre réellement contraignant, cet amendement propose donc que la publicité en faveur de ces produits soit soumise au versement d'une contribution dont le produit sera affecté à la branche "maladie" de la Sécurité sociale.

Le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale sur la fiscalité comportementale soulignait l'importance de renforcer l'imposition de certains produits à faible valeur nutritionnelle (ex : boissons édulcorées). Taxer la publicité de ces mêmes produits peut être considérée comme une mesure complémentaire de fiscalité comportementale.

Après l'article 10 : Rendre obligatoire le Nutriscore

Dispositif

Le chapitre III du titre III du livre premier de la deuxième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 2133-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 2133-3. – Les messages publicitaires en faveur de denrées alimentaires sont accompagnés de la forme de présentation complémentaire à la déclaration nutritionnelle en application de l'article L. 3232-8 du code de la santé publique. Dans le cas des messages publicitaires sur internet, télévisés ou radiodiffusés, cette obligation ne s'applique qu'aux messages émis et diffusés à partir du territoire français et reçus sur ce territoire. La même obligation d'information s'impose à toute promotion, destinée au public, par voie d'imprimés et de publications périodiques édités par les producteurs ou distributeurs de ces produits.

« Les annonceurs et les promoteurs peuvent déroger à cette obligation sous réserve du versement d'une contribution dont le produit est reversé sans rang de priorité aux branches mentionnées à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale.

« La contribution prévue à l'alinéa précédent est assise, s'agissant des messages publicitaires, sur le montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion de ces messages, hors remise, rabais, ristourne et taxe sur la valeur ajoutée, payées par les annonceurs. Le montant de cette contribution est égal à 5 % du montant de ces sommes.

« La contribution prévue au deuxième alinéa est assise, s’agissant des autres types de promotion de ces produits, sur la valeur hors taxe sur la valeur ajoutée des dépenses de réalisation et de distribution qui ont été engagées au titre de l’année civile précédente, diminuée des réductions de prix obtenues des fournisseurs qui se rapportent expressément à ces dépenses. La base d’imposition des promoteurs qui effectuent tout ou partie des opérations de réalisation et de distribution avec leurs propres moyens d’exploitation est constituée par le prix de revient hors taxe sur la valeur ajoutée de toutes les dépenses ayant concouru à la réalisation desdites opérations. Le taux de la contribution est fixé à 5 % du montant hors taxe sur la valeur ajoutée de ces dépenses.

« Le fait générateur est constitué par la diffusion des messages publicitaires ou la mise à disposition des documents visés au premier alinéa. La contribution est exigible au moment du paiement par l’annonceur aux régies ou au moment de la première mise à disposition des documents visés. La contribution est déclarée, liquidée, recouvrée et contrôlée selon les procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même taxe. Il est opéré un prélèvement de 1,5 % effectué par l’État sur le montant de cette contribution pour frais d’assiette et de recouvrement.

« Les modalités d’application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d’État pris après avis de l’Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l’alimentation, de l’environnement et du travail et après consultation de l’Autorité de régulation professionnelle de la publicité.

« Les dispositions du présent article entrent en vigueur à la date de publication du décret mention au précédent alinéa, et au plus tard le 1^{er} juin 2025. »

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à rendre obligatoire la mention du Nutri-Score sur tous les supports publicitaires pour les denrées alimentaires. Les industriels peuvent déroger à cette obligation, sous réserve du versement d’une contribution reversée à la Sécurité sociale.

Cet amendement, déposé par le député Olivier Véran et de nombreux députés de la majorité présidentielle, avait été adopté à l’Assemblée nationale dans une proposition de loi du groupe La France Insoumise en 2019. Cette proposition a été reprise par le député Frédéric Valletoux lors de l’examen de la dernière LFSS.

Le Nutri-Score est une échelle graphique et visuelle de l’étiquetage nutritionnel, conçue par Santé Publique France, l’Anses et le Haut Conseil de la Santé Publique, recommandée par le Ministère de la Santé, saluée par l’OMS, les organisations de consommateurs, les professionnels de santé et plébiscitée par les citoyens qui s’y sont montrés favorables à 91 %.

Depuis, cette échelle s’est démocratisée et est bien identifiée du grand public. Cette information transparente et directe du grand public permet de répondre à un double objectif : mieux informer et sensibiliser le consommateur dans ses choix, et inciter les industriels à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs produits. Des études menées par les autorités sanitaires ont démontré que le Nutri-Score orientait le choix des consommateurs vers des produits plus sains, en particulier chez les plus jeunes.

La mention du Nutri-Score sur les emballages n’est pas obligatoire pour des raisons de conformité au droit européen, mais elle est recommandée par les autorités et de plus en plus utilisée par les industriels.

Cette disposition est une mesure de santé publique, pour mieux orienter le consommateur, et mieux prévenir le développement de maladies comme le diabète et l’obésité.

Après l'article 10 : Taxer les sucres ajoutés dans les produits transformés destinés à la consommation humaine

Dispositif

Le présent amendement, élaboré par le député Cyrille Isaac-Sibille, vise à instaurer une taxe sur les sucres ajoutés dans les produits alimentaires transformés destinés à la consommation humaine.

La section 4 du chapitre II du titre III de la deuxième partie du livre premier du code général des impôts est complétée par un article 1613 *quater* A ainsi rédigé :

« Art. 1613 *quater* A. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les produits alimentaires transformés destinés à la consommation humaine contenant des sucres ajoutés.

« II. – La contribution est due par la personne qui réalise la première livraison des produits mentionnés au I, à titre gratuit ou onéreux, en France, en dehors des collectivités régies par l'article 74 de la Constitution, de la Nouvelle-Calédonie, des Terres australes et antarctiques françaises et de l'île de Clipperton, à raison de cette première livraison.

« Est assimilée à une livraison la consommation de ces produits dans le cadre d'une activité économique. La contribution est exigible lors de cette livraison.

« III. – Le tarif de la contribution mentionnée au I est le suivant :

QUANTITÉ DE SUCRE (en kg de sucre ajoutés par quintal de produit)	TARIF APPLICABLE (en euros par quintal de produit)
Inférieur à 5	0,00
Entre 5 et 10	15,00
Entre 10 et 15	25,00

« Au-delà de quinze kilogrammes de sucres ajoutés par quintal de produit transformé, le tarif applicable par kilogramme supplémentaire est fixé à 2,21 € par quintal de produit transformé.

« Pour le calcul de la quantité en kilogrammes de sucres ajoutés, celle-ci est arrondie à l'entier le plus proche. La fraction de sucre ajouté égale à 0,5 est comptée pour 1.

« Les tarifs mentionnés dans le tableau du deuxième alinéa et au troisième alinéa du présent II sont relevés au 1^{er} janvier de chaque année, à compter du 1^{er} janvier 2024, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année.

« Ces montants sont exprimés avec deux chiffres après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq.

« IV. – La contribution est établie et recouvrée selon les modalités, ainsi que sous les sûretés, garanties et sanctions applicables aux taxes sur le chiffre d'affaires.

« V. – Le produit de cette taxe est affecté au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à instaurer une taxe sur les sucres ajoutés dans les produits alimentaires transformés destinés à la consommation humaine.

Le rapport d'enquête de septembre 2018 intitulé « alimentation industrielle : qualité nutritionnelle, rôle dans l'émergence des pathologies chroniques, impact de sa provenance » de la députée Michèle Crouzet préconisait de

définir par la loi des objectifs quantifiés de baisse de sucre (25g/jour) pour chaque catégorie de produits en se basant sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Il est avéré qu'une surconsommation d'aliments industriels, notamment de la catégorie des aliments « ultra-transformés », favorise la survenance des maladies chroniques et, en premier lieu, une hausse de la prévalence de l'obésité, un phénomène que l'OMS a inscrit, en 1997, au titre des grandes épidémies.

Au-delà du coût humain qu'elles font supporter aux patients, les maladies chroniques comme le diabète représentent pour la société un coût économique et financier considérable. C'est pourquoi, il est proposé d'en faire supporter cette charge aux industriels, trop peu soucieux des impacts de leurs produits sur la santé de tous.

Le sucre étant le principal facteur d'obésité et de diabète, le présent amendement vise à créer une taxe proportionnelle à la teneur en sucre des produits alimentaires transformés. En ne se limitant qu'à trois tranches, comme c'est le cas du modèle anglo-saxon, elle a pour objectif de pousser les industriels à changer leurs recettes et à tendre vers des produits moins sucrés.

Après l'article 10 : Introduire une fiscalité incitative dans le secteur de la restauration rapide (fast-foods), en modulant le taux de TVA applicable selon la qualité nutritionnelle des menus proposés

Dispositif

I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° Après le 1° du A de l'article 278-0 bis, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le taux réduit de 10 % ne s'applique pas aux repas servis dans les établissements de restauration rapide dont la composition ne répond pas à des critères de qualité nutritionnelle fixés par décret. Ces repas sont soumis au taux normal de 20 %. »

2° Un décret en Conseil d'État précise les critères permettant de distinguer les repas répondant à un profil nutritionnel équilibré, fondés notamment sur :

- la présence d'au moins un fruit et/ou légume dans le menu,
- la limitation des apports en sucres ajoutés, graisses saturées et sel,
- l'absence de boisson sucrée incluse,
- la taille et l'équilibre des portions.

II. – Les recettes supplémentaires générées par cette modulation du taux de TVA sont affectées à la branche maladie du régime général de la sécurité sociale.

III. – Un rapport du Gouvernement est remis au Parlement avant le 1er septembre 2026, évaluant l'impact de cette mesure sur l'évolution de l'offre alimentaire des chaînes de restauration rapide et sur les comportements de consommation.

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à introduire une fiscalité nutritionnelle incitative dans le secteur de la restauration rapide, en modulant le taux de TVA applicable selon la qualité nutritionnelle des menus proposés dans la restauration rapide.

Actuellement, les repas très transformés et déséquilibrés servis dans les fast-foods bénéficient du taux réduit de 10 %, identique à celui de la restauration traditionnelle. Cette situation ne favorise pas la cohérence avec les objectifs de santé publique fixés par le Programme national nutrition santé (PNNS) et les politiques de prévention de l'obésité et du diabète: en effet la consommation régulière

de produits issus de la restauration rapide, souvent riches en graisses, sucres et sel, contribue significativement à l'augmentation des taux d'obésité chez les jeunes et au développement précoce du diabète de type 2.

En maintenant le taux réduit pour les repas équilibrés et en appliquant le taux normal (20 %) aux menus standards riches en sucres, graisses et sel, la mesure incite les enseignes à proposer des menus plus sains, réduit l'attractivité économique des produits de faible qualité nutritionnelle, et génère des recettes supplémentaires affectées à la prévention en santé.

Après l'article 10 : Favoriser l'accès aux produits alimentaires favorables à la santé en modulant la TVA en fonction des repères nutritionnels du PNNS

Dispositif

I. — Après l'article 278-0 bis du code général des impôts, il est inséré un article 278-0 ter ainsi rédigé :

Art. 278-0 ter. :

I. — Par dérogation aux dispositions du présent code, les produits alimentaires destinés à la consommation humaine sont soumis à des taux de taxe sur la valeur ajoutée différenciés selon leur profil nutritionnel, défini en référence aux recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS).

II. — Sont considérés comme :

1° *Produits dont la consommation est à encourager* : les produits peu transformés, riches en nutriments essentiels (fibres, vitamines, minéraux, protéines de qualité), et à faible teneur en sucres ajoutés, en sel ou en acides gras saturés ;

2° *Produits dont la consommation est à limiter* : les produits à forte transformation, à densité énergétique élevée, et présentant une forte teneur en sucres ajoutés, en sel ou en acides gras saturés, ou un faible apport en nutriments essentiels.

III. — Les produits relevant de la catégorie mentionnée au 1° du II bénéficient d'un taux réduit de taxe sur la valeur ajoutée de 5,5 %.

IV. — Les produits relevant de la catégorie mentionnée au 2° du II sont soumis à un taux normal de taxe sur la valeur ajoutée de 20 %.

V. — Un décret en Conseil d'État, pris après avis du Haut Conseil de la santé publique, précise :

1° Les critères de classification des produits dans chacune des catégories mentionnées au II ;

2° Les modalités de mise en œuvre et de contrôle du dispositif ;

3° Les dispositions transitoires permettant l'adaptation progressive des opérateurs économiques.

VI. — Les recettes supplémentaires résultant de l'application du taux prévu au IV sont affectées à la branche maladie du régime général de sécurité sociale.

Exposé des motifs

L'alimentation constitue un déterminant majeur de la santé publique. La part des personnes atteintes de maladies chroniques liées à une alimentation déséquilibrée – obésité, diabète de type 2, maladies cardiovasculaires ou certains cancers – ne cesse de croître, entraînant une charge importante pour la collectivité et pour le système de sécurité sociale.

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) fixe des repères clairs visant à encourager la consommation d'aliments favorables à la santé (fruits, légumes, légumineuses, produits céréaliers complets, etc.) et à limiter celle d'aliments riches en sucres ajoutés, en sel ou en graisses saturées.

Or, les politiques fiscales actuelles ne reflètent pas ces recommandations. La plupart des produits alimentaires, quelle que soit leur qualité nutritionnelle, sont soumis à un taux de TVA unique de 5,5 %. Ce système fiscal neutre vis-à-vis de la qualité nutritionnelle n'incite pas les consommateurs à adopter des comportements favorables à la santé ni les entreprises à reformuler leurs produits afin de les rendre moins nocifs pour la santé.

Le présent amendement vise à introduire une modulation nutritionnelle de la TVA sur les produits alimentaires destinés à la consommation humaine. Il propose :

d'appliquer un taux de 20 % aux produits dont la consommation doit être limitée selon les recommandations du PNNS (produits ultra-transformés, riches en sucres, sel ou graisses saturées) ;
et de maintenir le taux réduit de 5,5 % pour les produits dont la consommation doit être encouragée (fruits et légumes frais, légumineuses, produits peu transformés, sources de protéines de qualité, etc.).

De nombreuses instances internationales et études scientifiques reconnaissent aujourd'hui que les politiques fiscales comportementales — impôts ou taxes sur les produits alimentaires malsains, accompagnées éventuellement de subventions pour les produits sains — sont non seulement recommandées, mais produisent des effets mesurables. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en juin 2024 de nouvelles lignes directrices conseillant aux Etats d'utiliser des mesures fiscales (taxes et subventions) pour promouvoir des régimes alimentaires sains : taxer les aliments contribuant à des régimes non sains, et alléger la fiscalité sur les produits favorables à la santé.

Cette mesure s'inscrit ainsi dans une logique de prévention et de responsabilité collective. Elle vise à faire de la fiscalité un levier de santé publique, au service de la population et de la soutenabilité de notre système de protection sociale : En alignant la fiscalité sur les recommandations nutritionnelles, la mesure vise à orienter les comportements alimentaires vers des choix plus favorables à la santé, contribuant à réduire la prévalence des pathologies chroniques liées à l'alimentation.

Il n'est pas cohérent que les produits contribuant aux maladies nutritionnelles bénéficient du même taux de TVA que les produits sains, alors même que les conséquences de ces maladies pèsent lourdement sur les comptes de la sécurité sociale. Cette réforme établit un lien vertueux entre fiscalité et santé publique.

Les recettes différentielles issues de l'application du taux de 20 % seraient affectées à la branche maladie du régime général.

En complément, un décret en Conseil d'État précisera les critères de classification des produits, sur la base des travaux scientifiques et des référentiels du PNNS, avec le concours du Haut Conseil de la santé publique.

Avant l'article 18 : Instaurer un véritable contrat de complémentaire santé solidaire

Dispositif

Article L861-1

I. – Le titre 6 du livre 8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A l'article L861-1, dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} novembre 2019, le 2^o est ainsi modifié :

Les mots « 35% » sont remplacés par les mots suivants : « 100% ».

A l'article L861-11, 1^{er} alinéa, les mots « de l'âge » sont remplacés par « des ressources ». Les mots « 5% » sont remplacés par « 3% »

Exposé des motifs

Après la hausse du ticket modérateur des soins dentaires en 2023, le doublement des participations et franchises unitaires en 2024, ce sont maintenant les plafonds qui sont prévus d'être augmentés ainsi que l'instauration de nouvelles participations et franchises. Les personnes les plus impactées par ces hausses seront celles qui ne peuvent pas bénéficier de contrat collectif, dont les tarifs sont négociés, et qui plus est bénéficient d'une prise en charge partielle par l'employeur. Ce seront donc les travailleurs indépendants, agriculteurs, travailleurs précaires en intérim, CDD, les chômeurs, mais aussi les personnes malades ou en situation de handicap qui ne peuvent pas travailler, et les retraités, qui en plus ont des cotisations très élevées du fait de l'âge. Le risque de renoncement à la complémentaire santé, et de fait aux soins, se creuse donc encore avec cette hausse des restes à charge et des cotisations.

S'il existe la Complémentaire Santé Solidaire, créée par la Loi de financement de la Sécurité sociale de 2019, le taux de non-recours reste très élevé, 1 personne éligible sur 2 n'y ayant pas recours, et ce taux passe même à 60% concernant la complémentaire santé payante. Des freins existent encore, non seulement méconnaissance du dispositif, mais aussi stigmatisation d'un contrat fait pour les « pauvres », complexité, etc.

Par ailleurs, la Complémentaire santé solidaire, ne résout pas la problématique des effets de seuils, rencontrée par des personnes exclues des contrats collectifs et dont les ressources se situent juste au-dessus du plafond, qui reste en dessous du seuil de pauvreté, et qui ont des besoins de santé importants.

France Assos Santé propose une réponse plus juste pour permettre aux personnes dont les ressources restent modestes d'accéder à une complémentaire.

L'adhésion au contrat Complémentaire Santé Solidaire tel que proposé serait optionnel, ouvert à tous, variable en fonction des ressources, et géré par l'organisme choisi par l'assuré. La cotisation sans critère d'âge et variable en fonction des revenus s'applique déjà à certains contrats collectifs où des salariés cotisent sur la base d'un pourcentage de leur rémunération. Aussi il apparaît justifié et plus solidaire de proposer cette solution à l'ensemble de la population. Par ailleurs le plafond proposé, sensiblement équivalent au SMIC permettrait l'éligibilité d'une plus grande population de personnes retraitées, mais également de population jeune, à risques moins élevés, permettant une véritable mutualisation.

Il serait financé par :

- la contribution des assurés pour leur propre contrat, calculée en fonction de leurs revenus ;
- une aide publique (Etat, Assurance maladie, collectivité locale).

Les ressources actuellement destinées au financement de la Complémentaire santé solidaire et aux aides extralégales versées par les CPAM dans le cadre de l'aide à la complémentaire, seraient affectées à ce nouveau dispositif.

Il est également proposé de redéployer une partie des financements « ANI » sur ce contrat.

Après l'article 21 : Renforcer la Permanence des Soins en Ambulatoire

Dispositif

Au second alinéa de l'article L. 1110 4 1 du code de la santé publique, après le mot : « État », sont insérés les mots : « participent et ».

Exposé des motifs

Le renforcement de l'accès aux soins passe par un ensemble de mesures complémentaires, dont le rétablissement de l'obligation de la permanence de soins, inscrite à l'article 4 de la proposition de loi Garot visant à lutter contre les déserts médicaux, adoptée en séance publique à l'Assemblée Nationale le 7 mai 2025, et depuis en attente d'être examinée au Sénat.

Elle est indispensable pour assurer un accès aux soins équitable sur l'ensemble du territoire. En effet, depuis la suppression de cette obligation en 2002, l'accès aux soins n'a cessé de se dégrader, démontrant l'insuffisance du principe du volontariat pour répondre aux besoins de la population. Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, seuls 40 % des médecins généralistes ont participé à la permanence des soins ambulatoires en 2024. Rétablir une permanence des soins pour tous les médecins en activité permettrait de partager et diminuer la charge de travail de chacun d'entre eux : « pourquoi demander beaucoup à peu, si l'on peut demander peu à beaucoup ? ».

Certes, la pénurie de médecins ne permet pas de couvrir le territoire de manière optimale. Cela dit, l'obligation de PDSA permettrait de limiter les problèmes d'accès et de décharger les 40% de médecins volontaires qui en assument

actuellement la charge. Par ailleurs, l'application de cette mesure devra être adaptée à la réalité du terrain et devra s'adosser à d'autres, telles que le partage de compétences au sein d'équipes pluridisciplinaires organisées autour du médecin, et l'évolution des professions paramédicales (infirmier-ère, notamment en pratique avancée, pharmacien, kinésithérapeutes, etc.).

Après l'article 21 : Réguler l'installation des médecins dans les zones suffisamment dotées

Reprise du dispositif de la Proposition de Loi portée par le Député Guillaume Garot pour lutter contre les déserts médicaux et d'un article amendé de la Proposition de loi portée par le Sénateur Philippe Mouiller pour améliorer l'accès aux soins

Dispositif

I. – Le chapitre Ier du titre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4111 1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins sont autorisés à exercer leur activité en ville dans les conditions prévues à l'article L. 4111 1 3. » ;

2° Après l'article L. 4111 1 2, il est inséré un article L. 4111 1 3 ainsi rédigé :

« Art. L. 4111 1 3. – L'installation d'un médecin en ville est soumise à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de santé compétente après avis rendu dans les trente jours suivant sa saisine, du conseil départemental de l'ordre dont il relève.

« Si le lieu d'installation du médecin est situé dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434 4, l'autorisation est délivrée de droit.

« Dans le cas contraire, l'autorisation d'installation ne peut être délivrée qu'à la condition qu'un médecin de la même spécialité et exerçant dans la même zone cesse concomitamment son activité. Cette autorisation est de droit.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par un décret en Conseil d'État pris, après avis du conseil national de l'ordre des médecins. »

II. – Le I du présent article entre en vigueur à la date de publication du décret prévu au dernier alinéa de l'article L. 4111 1 3 du code de la santé publique, et au plus tard un an après la promulgation de la présente loi.

III. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le titre III du livre Ier de la quatrième partie est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :

« CHAPITRE VI

« Mission de solidarité territoriale

« Art. L. 4136 1. – Afin de garantir l'accès aux soins dans les zones considérées comme prioritaires mentionnées à l'article L. 1434 4, les médecins libéraux et les médecins salariés d'une structure de soins n'exerçant pas dans ces zones, participent à une mission de service public de solidarité territoriale en dispensant des soins en dehors de leur lieu d'exercice habituel.

« Les zones considérées comme prioritaires sont fixées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétent dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

« Il ne peut être exigé des médecins soumis à un engagement d'exercice à temps partiel en application des articles L. 4131 8 et L. 4131 9 qu'ils participent à la mission de service public de solidarité territoriale. »

« Par dérogation à l'article L. 162 5 du code de la sécurité sociale, les conditions d'indemnisation de cette participation sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et exclusives de toute rémunération forfaitaire spécifique prévue par la convention mentionnée au même article L. 162 5.

« En cas de refus de participation à la mission de solidarité territoriale, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce à l'encontre du médecin une pénalité financière.

« Le montant de cette pénalité est fixé en fonction du nombre de jours ayant fait l'objet d'un refus de participer à la mission et de la réitération éventuelle du refus.

« La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les dispositions du dernier alinéa du III de l'article L. 133 4 du même code sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

En cas de carence de médecins pour assurer la mission dans une zone donnée, le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'État dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, notamment le nombre de jours maximal pour lequel un médecin peut être désigné pour participer à la mission et le montant de la pénalité financière, dans la limite de mille euros par jour. » ;

2° À l'article L. 1423 4, les mots : « mentionnées au 1° » sont remplacés par les mots : « et dans les zones considérées comme prioritaires mentionnées aux 1° et 3° » ;

3° L'article L. 1434 4, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est ainsi modifié :

a) Au 1°, après « offre de soins », ajouter « à tarif opposable ».

b) Après le 2°, il est inséré un 3° et un 4° ainsi rédigés :

« 3° Les zones considérées comme prioritaires mentionnées à l'article L. 4136 1 du code de la santé publique, pour la profession de médecin. » ;

« 4° Pour la profession de médecin, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine les zones prévues aux 1°, 2° et 3° du présent article en tenant compte des spécificités de chaque spécialité médicale ou groupe de spécialités médicales. » ;

c) À l'avant dernier alinéa et à la seconde phrase du dernier alinéa, les mots : « et 2° » sont remplacés par les mots : « à 4° » ;

5°) L'article L. 4136 1, dans sa rédaction résultant du 1° du présent I, est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– la première occurrence du mot : « des » est remplacée par le mot : « les » ;

– après le mot : « prioritaires », sont insérés les mots : « mentionnées à l'article L. 1434 4 » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé.

IV. – Les 2° à 3° du I du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'État et, au plus tard, le 1er janvier 2027.

Exposé des motifs

Le renforcement de l'accès aux soins passe notamment par une meilleure répartition des professionnels de santé – médecins compris – sur l'ensemble du territoire. La mission de solidarité du pacte gouvernemental contre les déserts médicaux est insuffisante, et doit s'inscrire en complémentarité d'une régulation de l'installation des médecins (les autres professions de santé étant déjà régulées en ce sens). Ainsi, les jeunes médecins ne pourraient s'installer dans les rares zones suffisamment dotées que pour remplacer un médecin de sa spécialité qui part à la retraite, tandis que les médecins déjà installés en zone suffisamment dotées travailleraient 2 jours par mois dans une zone sous-dotée, à l'instar de la mission de solidarité précitée qui deviendrait obligatoire et non plus basée sur le volontariat.

Ainsi, l'équité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire impliquerait à la fois les médecins déjà installés et les nouveaux arrivants, et ne reposerait ainsi pas sur les seuls médecins non encore installés.

Après l'article 35 : Fixation du prix du médicament : prendre en compte les investissements publics dans la recherche et le développement

Dispositif

L'Art L.162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Après les mots « des volumes de vente prévus ou constatés » sont supprimés les mots « ainsi que »

Après les mots « utilisation réelle du médicament » sont insérés les mots « les investissements réels au titre de la recherche et développement et du financement public de cette recherche »

Exposé des motifs

Il est proposé de compléter les critères de fixation des prix du médicament qui figurent au code de la sécurité sociale afin que le comité économique des produits de santé puisse tenir compte des investissements réels au titre de la Recherche et Développement et du financement public de la recherche.

Après l'article 35 : Lutter contre les pénuries de médicaments -instaurer des stocks de sécurité suffisants

Dispositif

A l'article L5121-29 du Code de la santé publique, à l'alinéa 2, après les mots : « au cours des douze derniers mois glissants. », insérer les mots :

« Pour les médicaments d'intérêts thérapeutique majeur, cette limite ne peut être inférieure à quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité concernée au cours des douze derniers mois glissants ».

Exposé des motifs

Les pénuries de médicaments et de vaccins s'intensifient avec des conséquences importantes pour les personnes malades et pour la santé publique. En mars 2025, le baromètre des droits des personnes malades de France Asso Santé réalisé par l'institut BVA auprès d'un échantillon représentatif de la population française montrait que 39% des personnes vivant sur le territoire ont déjà fait face à une pénurie de médicaments.

La santé mentale a été érigée grande cause nationale en 2025, 14 médicaments en psychiatrie ont été déclarés en tension ou en rupture. Ces traitements sont pourtant indispensables à la stabilité et à la qualité de vie de nombreuses personnes vivant avec des troubles psychiques (bipolarité, schizophrénie, dépression, troubles anxieux). Les hospitalisations et les consultations d'urgence liées aux rechutes augmentent

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a consacré l'obligation pour les industriels de constituer pour chaque médicament un stock de sécurité destiné au marché national qui ne peut excéder quatre mois de couverture des besoins en médicament. Ces stocks sont indispensables pour nous donner collectivement le temps d'agir et de limiter les conséquences pour les personnes malades.

Le décret d'application du 30 mars 2021 a révisé à la baisse le dispositif en introduisant une obligation de « au moins » 2 mois de stock pour les médicaments à intérêt thérapeutique majeur (MITM) pour lesquels une interruption de traitement est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital des patients à court ou moyen terme.

La possibilité d'augmenter ce stock de sécurité prévue par le décret ne répond pas à un objectif de prévention des pénuries. La liste des médicaments concernés est en effet établie à posteriori sur la base des ruptures constatées les deux années précédentes. En 2018, une mission sénatoriale mentionnait pourtant une durée moyenne des pénuries de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur de 14 semaines.

Le présent amendement vise à tenir compte de l'importance des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur reconnue par la loi, en prévoyant que pour ces derniers la limite des stocks ne puisse être inférieure à quatre mois de couverture des besoins.

Après l'article 35 : Permettre une préparation magistrale issue d'une spécialité (pédiatrie/ maladies rares)

Proposition de l'Alliance maladies rares, soutenue par France Asso Santé

Dispositif

L'article L. 5125-23 du code de la santé publique est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI - Par dérogation au I, le pharmacien peut modifier une prescription d'une spécialité pharmaceutique dont la dose ou la forme galénique n'est pas adaptée à un usage pédiatrique et en l'absence d'alternatives thérapeutiques disponibles, en une prescription d'une préparation magistrale appropriée à un usage pédiatrique à partir de la dite spécialité pharmaceutique dans les conditions prévues aux articles R5132-3 et R5132-8 du code de la santé publique ainsi qu'aux bonnes pratiques mentionnées à l'article L5125-1 du code de la santé publique. Il en informe le prescripteur par tout moyen. »

Exposé des motifs

70% des maladies rares débutent pendant l'enfance. La maladie rare est la première cause de maladie grave et chronique chez l'enfant, la première cause de handicap et la première cause de décès.

S'il n'existe pas, dans 90% des cas de traitement curatif, les enfants ont souvent des traitements médicamenteux lourds pour traiter les symptômes, ralentir l'évolution de la maladie et/ou améliorer leur qualité de vie. La majorité de ces traitements sont des spécialités dont l'AMM est donnée pour l'adulte et avec une galénique adaptée à l'adulte (gélules ou comprimés à avaler).

Jusqu'à présent, le pharmacien d'officine n'est pas autorisé à transformer la prescription d'une spécialité en préparation magistrale - à moins d'avoir l'accord exprès et préalable du prescripteur (en réalité, quasiment injoignable). Il ne peut que délivrer la spécialité et ce sont les parents qui ont à charge de préparer la dose prescrite à l'enfant : exemple : couper ¼ de comprimé matin, midi et soir et ce, pour de nombreux médicaments. Cet état du droit a des effets délétères puisqu'il entraîne des risques de mauvais dosage par les parents - avec les risques afférents pour la santé de l'enfant, sans compter le temps à passer par les parents ou aidants à réaliser ces doses, en sus des multiples soins à apporter à leurs enfants souvent en situation de handicap.

Cet amendement a pour objectif de permettre aux pharmaciens d'adapter ou de modifier une prescription d'une spécialité pharmaceutique dont la dose ou la forme galénique n'est pas adaptée à un usage pédiatrique, en l'absence d'alternatives thérapeutiques disponibles.

A propos de France Assos Santé

L'**Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS)** dite France Assos Santé a été créée en mars 2017 dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour construire une représentation des usagers interassociative. Organisation de référence pour défendre les intérêts des patients et des usagers du système de santé, sa mission est inscrite dans le Code de la santé publique (loi du 26 janvier 2016). Forte d'un maillage territorial de 18 délégations régionales (URAASS), **elle regroupe près de 100 associations nationales et plusieurs centaines d'associations régionales** qui agissent pour la défense des droits des malades, l'accès aux soins pour tous et la qualité du système de santé. Elle forme **les 15 000 représentants des usagers qui siègent dans les instances hospitalières, de santé publique ou d'assurance maladie**. Elle prend une part active dans le débat public et porte des propositions concrètes auprès des acteurs institutionnels et politiques pour améliorer le système de santé.



[Défendre vos droits](#)

[Vous représenter](#)

[Agir sur les lois](#)