

N° 193

---

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 9 décembre 2025

## PROJET DE LOI

ADOPTÉ PAR L’ASSEMBLÉE NATIONALE  
EN NOUVELLE LECTURE,

*de financement de la sécurité sociale pour 2026,*

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

À

M. LE PRÉSIDENT DU SÉNAT

*(Envoyé à la commission des affaires sociales.)*

*L’Assemblée nationale a adopté le projet de loi de financement  
de la sécurité sociale dont la teneur suit :*

---

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale** (17<sup>e</sup> législature) : 1<sup>re</sup> lecture : **1907, 2049 et 2057.**  
Commission mixte paritaire : **2144.**  
Nouvelle lecture : **2141, 2152** et T.A. **188.**

**Sénat** : 1<sup>re</sup> lecture : **122, 131, 126** et T.A. **23** (2025-2026).  
Commission mixte paritaire : **162** et **163** (2025-2026).



### **Article liminaire**

Les prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2025 et 2026 s'établissent comme suit, au sens de la comptabilité nationale :

	<i>(En points de produit intérieur brut)</i>	
	<b>2025</b>	<b>2026</b>
Recettes .....	26,7	26,9
Dépenses .....	26,9	26,8
<b>Solde .....</b>	<b>-0,3</b>	<b>0,1</b>

### **PREMIÈRE PARTIE**

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

##### **Article 1<sup>er</sup>**

*(Conforme)*

##### **Article 2**

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base au titre de l'année 2025 demeure inchangé. Ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

<i>(En milliards d'euros)</i>	
<b>Sous-objectif</b>	<b>Objectif de dépenses</b>
Dépenses de soins de ville .....	113,9
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	109,7
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées.....	17,4
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées .....	15,6
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement.....	6,1
Autres prises en charge .....	3,1
<b>Total.....</b>	<b>265,9</b>

### **Article 3**

*(Supprimé)*

### **Article 3 bis**

I. – Pour l'application de la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, après la référence à l'article 73, est insérée une référence à la provision effectuée en application de l'article 73 A.

II. – Le I s'applique aux exercices clos à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

III. – *(Non modifié)*

## DEUXIÈME PARTIE

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

#### TITRE I<sup>ER</sup>

##### DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

###### Article 4

I. – (*Non modifié*)

II. – Le code de commerce est ainsi modifié :

A. – Le quatrième alinéa de l'article L. 622-24 est ainsi modifié :

1° Aux sixième et avant-dernière phrases, après le mot : « impôt », sont insérés les mots : « ou des cotisations et des contributions sociales » ;

2° À la dernière phrase, les mots : « cet établissement définitif » sont remplacés par les mots : « l'établissement définitif des créances fiscales » ;

B (*nouveau*). – L'article L. 632-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article n'est pas applicable aux actes réalisés pour le paiement ou le recouvrement de la contribution précomptée mentionnée au premier alinéa de l'article L. 243-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 741-20 du code rural et de la pêche maritime et de la taxe mentionnée au chapitre I<sup>er</sup> du titre II de la première partie du livre I<sup>er</sup> du code général des impôts ainsi que pour la retenue à la source prévue à l'article 204 A du même code. »

III à V. – (*Non modifiés*)

###### Article 4 bis A

I. – (*Supprimé*)

II (*nouveau*). – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À l'article L. 242-1-3, la première occurrence du mot : « a » est remplacée par les mots : « ou lorsque des corrections résultant des vérifications prévues à l'article L. 133-5-3-1 ont » ;

2° Après l'article L. 243-7-7, il est inséré un article L. 243-7-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-7-8.* – En cas de constat d'une anomalie dans les données déclarées aux organismes chargés du recouvrement en application de l'article L. 133-5-3 à l'issue de la période contradictoire mentionnée à l'article L. 243-7-1 A, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 peuvent réaliser les corrections requises dans des conditions et selon des modalités prévues par décret en Conseil d'État. »

III (*nouveau*). – Après l'article L. 724-7-2 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un article L. 724-7-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 724-7-3.* – En cas de constat d'une anomalie dans les données déclarées aux organismes chargés du recouvrement en application de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale à l'issue de la période contradictoire mentionnée à l'article L. 724-11 du présent code, les caisses de mutualité sociale agricole peuvent réaliser les corrections requises dans des conditions et selon des modalités prévues par décret en Conseil d'État. »

### **Article 4 bis B**

(*Conforme*)

### **Article 4 bis C**

(*Supprimé*)

### **Article 4 bis**

I. – L'article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

1° Au 1 du I, le mot : « juillet » est remplacé par le mot : « septembre » ;

2° À la seconde phrase du IV, les mots : « au plus tard le 31 décembre 2023 » sont remplacés par les mots : « à la fin de cette expérimentation ».

II. – (*Non modifié*)

## Article 5

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

1° L’article L. 382-1 est ainsi modifié :

a) À l’avant-dernier alinéa, les mots : « trois précédents alinéas » sont remplacés par les mots : « deuxième à quatrième alinéas du présent article » ;

b) Le dernier alinéa est ainsi modifié :

– après la première occurrence du mot : « par », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « l’organisme mentionné à l’article L. 213-1 désigné par le directeur de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;

– les trois dernières phrases sont ainsi rédigées : « Une commission professionnelle peut être saisie par le demandeur dont l’affiliation a été refusée. Cette commission comprend des représentants des artistes auteurs de chacune des branches professionnelles, désignés par le conseil d’administration de l’association mentionnée à l’article L. 382-2. Elle donne un avis sur l’affiliation du demandeur. » ;

2° L’article L. 382-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :

« I. – Un organisme de droit privé doté de la personnalité morale veille à la mise en œuvre du présent chapitre. Il assure les missions suivantes :

« 1° Établir les orientations générales de l’action sanitaire et sociale mentionnées à l’article L. 382-7, dans le respect d’un cadre financier déterminé par les représentants de l’État mentionnés au II du présent article ;

« 2° Veiller, notamment en nommant un médiateur, à la bonne application aux artistes auteurs des règles relatives à la protection sociale et à la qualité du service rendu ;

« 3° (*nouveau*) Publier un rapport d’activité annuel retraçant les dépenses de fonctionnement de l’organisme, la part des actions sanitaires et sociales mise en œuvre par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d’allocations familiales et les actions conduites par le médiateur.

« Cette association est saisie pour avis de tout projet de mesure législative ou réglementaire qui porte spécifiquement sur les règles de sécurité sociale des artistes auteurs.

« Seule l’association agréée peut prendre la dénomination de conseil national de la protection sociale des artistes auteurs.

« II. – Cette association est administrée par un conseil d’administration comprenant des représentants élus des artistes auteurs affiliés, des représentants des diffuseurs ainsi que des représentants de l’État. Un décret en Conseil d’État précise les modalités d’application du présent II, notamment les conditions des élections professionnelles des représentants des artistes auteurs organisées par branche professionnelle ainsi que les critères professionnels permettant aux artistes auteurs d’être électeurs. Ce décret détermine également les critères de désignation des organisations représentant les diffuseurs ainsi que les conditions de nomination du directeur et du directeur comptable et financier de cette association.

« Les représentants de l’État siégeant au conseil d’administration de l’association mentionnée au I relèvent des ministères chargés de la culture, de la santé et du travail. » ;

b) Au second alinéa, les mots : « de chaque organisme agréé » sont supprimés ;

3° L’article L. 382-3-2 est ainsi modifié :

a) Les mots : « à sa demande et » sont supprimés ;

b) Après le mot : « mois », sont insérés les mots : « à compter du dépôt de la déclaration de revenus par l’assuré » ;

4° Le premier alinéa de l’article L. 382-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « peuvent effectuer » sont remplacés par le mot : « effectuent » ;

b) À la seconde phrase, après le mot : « sont », il est inséré le mot : « également » ;

c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation, les personnes qui indiquent à l’organisme mentionné à l’article L. 213-1 désigné par le directeur de l’Agence centrale des organismes de la sécurité sociale ne pas être en mesure de souscrire ces déclarations ou d’effectuer ces versements par voie dématérialisée ne sont pas tenues d’y procéder par ce moyen. » ;

5° La première phrase de l’article L. 382-7 est ainsi rédigée : « L’organisme mentionné à l’article L. 213-1 désigné par le directeur de l’Agence centrale

des organismes de sécurité sociale met en œuvre, au profit des personnes mentionnées à l'article L. 382-1, une action sanitaire et sociale dont les orientations générales sont déterminées par l'association agréée mentionnée à l'article L. 382-2. » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 382-14, les mots : « des organismes agréés mentionnés » sont remplacés par les mots : « de l'association agréée mentionnée ».

II. – Le IV de l'article 23 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :

1° Les mots : « présent article est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, à l'exception du » sont supprimés ;

2° Les deux occurrences du mot : « , qui » sont remplacées par les mots : « du présent article » ;

3° L'avant-dernière occurrence du mot : « du » est remplacée par le mot : « le » ;

4° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le présent article est applicable à l'ensemble des cotisations dues ainsi qu'aux droits et obligations afférents, y compris ceux qui se rapportent à des périodes antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2019. »

### III. – (*Non modifié*)

IV. – Le présent article s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026, à l'exception :

1° Du 1° du I, qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2026 ;

2° Des 2° et 5° du I ainsi que du II, qui entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2026. Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2026, les modalités de fixation de la composition du conseil d'administration mentionné au II de l'article L. 382-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la présente loi sont celles prévues au premier alinéa de l'article L. 382-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

### **Article 5 bis**

*(Conforme)*

### **Article 5 *ter***

I. – L’article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Les personnes exerçant une activité professionnelle sous le statut de collaborateur du chef d’exploitation ou d’entreprise agricole mentionné à l’article L. 321-5 qui choisissent le statut de chef d’exploitation ou d’entreprise agricole à l’expiration du délai de cinq ans mentionné au même article L. 321-5 bénéficient de l’exonération partielle de cotisations mentionnée au I du présent article sous réserve du respect des conditions suivantes :

« 1° Avoir été affilié en tant que collaborateur du chef d’exploitation ou d’entreprise agricole pendant une durée d’au moins cinq ans ;

« 2° S’engager à exercer leur activité, à titre principal ou exclusif, sous le statut de chef d’exploitation ou d’entreprise agricole pendant une durée d’au moins cinq ans.

« La condition d’âge prévue au deuxième alinéa du I du présent article ne s’applique pas. Un décret détermine les conditions d’application du présent II. »

II. – Le I du présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2027 et s’applique aux cotisations sociales dues à compter de la même date.

### **Article 5 *quater***

La section 1 *bis* du chapitre I<sup>er</sup> du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 241-3-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 241-3-3.* – Les entreprises d’au moins trois cents salariés mentionnées à l’article L. 2242-2-1 du code du travail sont soumises à un malus sur les cotisations à la charge de l’employeur dues au titre de l’assurance vieillesse et de l’assurance veuvage en l’absence de négociation sur l’emploi, le travail et l’amélioration des conditions de travail des salariés expérimentés ou, à défaut d’accord, d’un plan d’action annuel destiné à favoriser l’emploi des salariés expérimentés.

« Le malus est déterminé par voie réglementaire, en fonction des efforts constatés dans l'entreprise en faveur de l'emploi des seniors ainsi que des motifs de sa défaillance, sur la base de critères clairs. »

## **Article 6**

*(Supprimé)*

## **Article 6 bis**

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

1° (*nouveau*) L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

*a)* À la fin du *c* du 3° *bis*, le taux : « 2,08 % » est remplacé par le taux : « 3,48 % » ;

*b)* Après le 3° *ter*, il est inséré un 3° *quater* ainsi rédigé :

« 3° *quater* Le produit des contributions mentionnées au IV de l'article L. 136-8 est versé :

« *a)* À la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2, pour la part correspondant à un taux de 6,67 % ;

« *b)* À la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,45 % ;

« *c)* À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 2,08 % ; »

2° L'article L. 136-8 est ainsi modifié :

*a)* Au 2° du I, le taux : « 9,2 % » est remplacé par le taux : « 10,6 % » ;

*b)* (*nouveau*) Le IV est ainsi rétabli :

« IV. – Par dérogation au I, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 9,2 % :

« 1° Les revenus mentionnés au *a* du I de l'article L. 136-6 ;

« 2° Les plus-values mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-7 ;

« 3° Les intérêts et primes mentionnés au 1° du II du même article L. 136-7, les intérêts mentionnés au 2° du même II et les primes mentionnées au 2° *bis* dudit II ;

« 4° Les produits mentionnés au 3° du même II ;

« 5° Les produits, rentes viagères et rentes d'épargne mentionnés au 4° du même II. »

II (*nouveau*). – Le 2° du I du présent article s'applique :

1° À compter de l'imposition des revenus de l'année 2025 en ce qui concerne la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, sous réserve du II de l'article 34 de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de financement rectificative pour 2016 ;

2° À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026 en ce qui concerne la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, à l'exception des produits mentionnés aux 1° et 2° du C du V de l'article 8 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et des autres produits constatés mentionnés aux C et D du même V acquis ou constatés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2026.

### **Article 6 *ter***

(*Suppression conforme*)

### **Article 6 *quater***

(*Supprimé*)

### **Article 7**

I. – Il est institué, au titre de l'année 2026, une contribution due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

Cette contribution est assise sur l'ensemble des sommes stipulées en 2026 au profit des organismes mentionnés au premier alinéa du présent article au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II *bis* de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale. Pour l'année 2026, le montant de ces cotisations ne peut être augmenté par rapport à celui applicable pour l'année 2025.

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

La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée au même article L. 862-4, concomitamment au recouvrement de cette même taxe. Elle peut faire l'objet d'une régularisation annuelle, au plus tard le 30 juin 2027, selon les mêmes modalités que celles prévues pour la taxe additionnelle mentionnée audit article L. 862-4.

Le V du même article L. 862-4 et le premier alinéa de l'article L. 862-5 du même code sont applicables à cette contribution.

**II et III. – (*Non modifiés*)**

IV (*nouveau*). – Avant le 31 mars 2026, le Gouvernement et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engagent avec l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie une négociation relative aux conditions tendant à ce que le montant de la contribution instituée au présent article ne soit pas répercuté par les organismes assujettis sur les cotisations d'assurance maladie complémentaire stipulées au cours des exercices en cours et à venir.

**Articles 7 bis et 7 ter**

(*Suppression conforme*)

**Article 7 quater**

(*Conforme*)

**Article 8**

**I A. – (*Supprimé*)**

I. – Le chapitre VII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin du dernier alinéa de l'article L. 137-12, le taux : « 30 % » est remplacé par le taux : « 40 % » ;

2° et 3° (*Supprimés*)

II à IV. – (*Supprimés*)

V. – (*Non modifié*)

**Article 8 bis A**

(*Supprimé*)

**Article 8 bis**

I. – À titre expérimental, jusqu’au 31 décembre 2028, par dérogation au I de l’article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime, les chefs d’exploitation ou d’entreprise agricole peuvent opter pour que leurs cotisations et contributions sociales soient calculées sur la base d’une estimation de leurs revenus professionnels de l’année en cours, sous réserve d’une régularisation fondée sur les revenus professionnels définitifs constatés dans les conditions prévues à l’article L. 136-4 du code de la sécurité sociale et à l’article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime.

II. – Un décret définit les conditions de mise en œuvre de l’expérimentation prévue au I du présent article. Il détermine notamment le délai dans lequel les chefs d’exploitation ou d’entreprise agricole doivent formuler l’option mentionnée au même I avant sa prise d’effet, la durée minimale de validité de cette option ainsi que les conditions de sa reconduction et de sa dénonciation.

II bis. – Au plus tard le 31 décembre 2027, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d’évaluation de ladite expérimentation, qui étudie la pertinence de sa généralisation au 1<sup>er</sup> janvier 2029.

II ter et III. – (*Non modifiés*)

**Article 8 ter**

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

1° Le III de l’article L. 136-1-1 est ainsi modifié :

a) Le a bis du 3° est ainsi rédigé :

« a bis) Le gain net mentionné au premier alinéa du II de l’article 163 bis H du code général des impôts ainsi que la fraction de ce gain qui excède la limite déterminée dans les conditions définies au même premier alinéa ; »

b) (*Supprimé*)

2° L'article L. 137-42 est ainsi modifié :

*a)* À la fin du premier alinéa, les mots : « des avantages mentionnés au *a bis* du 3° du III de l'article L. 136-1-1 qui sont imposés à l'impôt sur le revenu suivant les règles de droit commun des traitements et salaires » sont remplacés par les mots : « de la fraction du gain net mentionné au premier alinéa du II de l'article 163 *bis* H du code général des impôts qui excède la limite déterminée dans les conditions définies au même premier alinéa » ;

*b) (nouveau)* Le second alinéa est complété par les mots : « du présent code » ;

3° Le 8° du II de l'article L. 242-1 est abrogé.

II. – À la fin du C du IV de l'article 93 de la loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025, les mots : « entre le lendemain de la promulgation de la présente loi et le 31 décembre 2027 » sont remplacés par les mots : « à compter du lendemain de la promulgation de la présente loi ».

III. – (*Non modifié*)

IV. – (*Supprimé*)

### **Article 8 *quater***

I. – L'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le A du I est ainsi modifié :

*a)* Le premier alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « au premier alinéa de l'article 34, » sont supprimés ;

– après la référence : « 63 », sont insérés les mots : « du code général des impôts et, lorsque leur exercice relève du champ défini aux articles L. 722-1 à L. 722-3 du code rural et de la pêche maritime, des activités mentionnées au premier alinéa de l'article 34 » ;

– les mots : « 64 *bis* et 76 » sont remplacés par les mots : « 50-0, 64 *bis*, 76 et 102 *ter* » ;

*b)* Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° Les sommes exonérées mentionnées aux articles 75-0 D et 208 *octies* du code général des impôts. » ;

2° (*nouveau*) Au IV, après le mot : « impôts », sont insérés les mots : « et, lorsque leur exercice relève du champ défini aux articles L. 722-1 à L. 722-3 du code rural et de la pêche maritime, des articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts » et les mots : « mêmes articles 64 *bis* et 76 » sont remplacés par les mots : « articles 50-0, 64 *bis*, 76 et 102 *ter* du même code ».

II. – Le *b* du 1° du I entre en vigueur à la date de l’entrée en vigueur de l’article 75-0 D du code général des impôts dans sa rédaction résultant de la loi n° de finances pour 2026.

III. – (*Non modifié*)

### **Article 8 *quinquies***

Au IV de l’article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « et 2° » sont remplacés par les mots : « à 4° ».

### **Article 8 *sexies***

Après le III de l’article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un III *bis* ainsi rédigé :

« III *bis*. – Par dérogation au III du présent article, le coefficient mentionné au même III est calculé en fonction du salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification applicable à l’entreprise, au sens du 4° du II de l’article L. 2261-22 du code du travail, dans la limite du montant du salaire minimum de croissance applicable.

« Cette dérogation s’applique aux entreprises qui relèvent d’une branche pour laquelle le salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification, au sens du même 4°, est inférieur au salaire minimum de croissance en vigueur durant toute l’année civile précédant celle du mois civil au titre duquel le montant de la réduction est calculé et pour lesquelles aucun accord d’entreprise ni aucune décision unilatérale de l’employeur n’a prévu, au cours de ladite année civile, des salaires supérieurs au salaire minimum de croissance applicable.

« Le présent III *bis* n’est pas applicable aux entreprises pour lesquelles le montant de la réduction est inférieur en cas de non-application de cette dérogation.

« Les conditions d’application du présent III *bis*, notamment dans le cas des entreprises relevant de plusieurs branches ou de plusieurs conventions collectives, sont déterminées par décret. »

### **Article 8 *septies***

*(Conforme)*

### **Article 8 *octies***

Avant le 1<sup>er</sup> avril 2026, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d’évaluation de l’article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Ce rapport évalue notamment la fiabilité du « système national version 2 » sur lequel repose le recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants au titre de l’ancien régime social des indépendants et du régime actuel ainsi que les difficultés persistantes rencontrées par les travailleurs indépendants, en particulier en outre-mer, qui se voient réclamer des sommes indues. Il analyse les éléments liés à l’acquisition de la personnalité morale par le régime social des indépendants et les entités se présentant comme venant à ses droits et il propose des solutions permettant un règlement amiable de cette situation.

## **Article 9**

I A (*nouveau*). – L’article 244 *quater* C du code général des impôts est abrogé.

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

A. – L’article L. 131-6-4 est ainsi modifié :

1° Les trois derniers alinéas du I sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Le premier alinéa du présent article s’applique aux personnes qui relèvent de l’une des catégories mentionnées à l’article L. 5141-1 du code du travail, à l’exclusion des personnes mentionnées à l’article L. 642-4-2 du présent code, ainsi qu’aux personnes qui créent ou reprennent une entreprise implantée dans une commune relevant de l’une des zones mentionnées à l’article 44 *quindecies* A du code général des impôts. » ;

2° Le II est ainsi modifié :

*a)* À la fin de la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « l'exonération est totale » sont remplacés par les mots : « le montant de l'exonération, qui est fixé par décret, ne peut excéder 25 % de ces cotisations » ;

*b) (nouveau)* À l'avant-dernier alinéa, les mots : « relevant du dispositif mentionné à l'article L. 613-7 du présent code » sont remplacés par les mots : « mentionnées au I » ;

*A bis (nouveau).* – Le VIII de l'article L. 241-13 est ainsi rétabli :

« VIII. – Le présent article est applicable à Mayotte sous réserve des adaptations suivantes :

« 1° Les cotisations et contributions mentionnées au I s'entendent comme celles, le cas échéant, applicables à Mayotte et sont prises en considération pour leur taux également applicable ;

« 2° Pour la réduction applicable au titre de l'année 2026, le montant mentionné au dernier alinéa du II ne peut être inférieur au salaire minimum de croissance en vigueur majoré de 60 %. Pour les réductions applicables au titre de chacune des années 2027 à 2035, ce montant est réévalué au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2036, il est égal au montant mentionné au I ;

« 3° Les références au salaire minimum de croissance s'entendent comme des références au salaire minimum de croissance applicable à Mayotte. » ;

*B et C. – (Supprimés)*

*D (nouveau).* – La section 6 du chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 131-6-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 131-6-5.* – Par dérogation à l'article L. 131-6-4, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole relevant du régime de protection sociale agricole mentionné à l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime continuent de bénéficier de l'article L. 131-6-4 du présent code dans sa rédaction antérieure à la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2026. » ;

*E (nouveau).* – L'article L. 752-3-2 est complété par un VIII ainsi rédigé :

« VIII. – Le présent article est applicable à Mayotte sous réserve des adaptations suivantes :

« 1° Les références au salaire minimum de croissance s’entendent comme des références au salaire minimum de croissance applicable à Mayotte ;

« 2° Les références au montant des cotisations à la charge de l’employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales s’entendent, le cas échéant, comme celles applicables à Mayotte et sont prises en considération pour leur taux également applicable. »

II et III. – (*Supprimés*)

**III bis (nouveau).** – L’article 28-7 de l’ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l’amélioration de la santé publique, à l’assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est abrogé.

**III ter (nouveau).** – Le maintien des réductions proportionnelles des taux des cotisations d’assurance maladie et d’allocations familiales applicables sur les rémunérations au titre desquelles l’employeur bénéficie de l’exonération prévue à l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale s’applique à Mayotte sous réserve des adaptations suivantes :

1° La cotisation d’assurance maladie est celle applicable à Mayotte conformément au 1° du I de l’article 28-4 de l’ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l’amélioration de la santé publique, à l’assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, dont le taux est réduit de 2,68 points ;

2° La cotisation d’allocations familiales est celle applicable à Mayotte conformément au 1° du I de l’article 28-5 de la même ordonnance, dont le taux est réduit de 1,85 points ;

3° Les références au salaire minimum de croissance permettant d’apprécier le seuil d’éligibilité à ces réductions s’entendent comme des références au salaire minimum de croissance applicable à Mayotte.

**IV. – A (nouveau).** – Le I A entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2027 et s’applique aux rémunérations versées à compter de cette date.

B. – Les A et A *bis* du I et le III *bis* entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2026 et s’appliquent aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d’activités courant à compter de cette date.

**C (nouveau).** – Le E du I et le III *ter* entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2026 et s'appliquent aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activités courant à compter de cette date.

**V et VI. – (Supprimés)**

**VII (nouveau).** – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du D du I est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.

**Article 9 bis**

*(Suppression conforme)*

**Article 9 ter**

À l'article L. 731-14-1 A du code rural et de la pêche maritime, après la référence : « L. 731-14 », sont insérés les mots : « du présent code et à l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale » et, après la référence : « L. 722-1 », sont insérés les mots : « du présent code ».

**Article 9 quater**

*(Suppression conforme)*

**Article 9 quinquies A**

*(Supprimé)*

**Article 9 quinquies**

*(Suppression conforme)*

**Article 9 sexies A**

Au premier alinéa du A du I de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « de l'article 75-0 A » sont remplacés par les mots : « des articles 75-0 A, 75 et 151 *octies* ».

### **Article 9 *sexies B***

L'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ne sont pas incluses dans l'assiette les sommes versées aux non-salariés agricoles pour les maladies professionnelles et les accidents du travail ou en réparation des maladies causées par des pesticides, mentionnées au 8° de l'article 81 du même code. »

### **Article 9 *sexies C***

I. – Le dernier alinéa de l'article L. 781-6 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Les mots : « , au cours d'une année civile, » sont supprimés ;

2° Les mots : « , dans le cadre d'une diversification de la production ou de la mise en valeur de terres incultes, de terres laissées à l'abandon ou de terres insuffisamment exploitées » sont supprimés ;

3° Les mots : « pour une période de cinq ans à compter de l'année civile de réalisation du dépassement de ce seuil » sont supprimés.

II. – (*Non modifié*)

### **Articles 9 *sexies* et 9 *septies***

(*Suppression conforme*)

### **Article 9 *octies***

(*Supprimé*)

### **Article 10**

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

1° A (*nouveau*) À la seconde phrase des articles L. 138-4 et L. 245-5-1 A et à la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 245-5-5, la date : « 1<sup>er</sup> mars » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> octobre » ;

1° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Au I, après l’année : « 2022 », sont insérés les mots : « , à l’exclusion de toutes autres remises mentionnées à l’article L. 138-9 » ;

b) (Supprimé)

c) Il est ajouté un III ainsi rédigé :

« III. – Sont exclues de l’assiette définie au II du présent article les spécialités génériques définies au 5° de l’article L. 5121-1 du code de la santé publique et les spécialités de référence mentionnées au même article L. 5121-1 dont la base de remboursement des frais exposés par les assurés est limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité défini au II de l’article L. 162-16 du présent code ou dont le prix fixé en application de l’article L. 162-16-4 est identique à celui des spécialités génériques figurant dans le même groupe générique en application du b du 5° de l’article L. 5121-1 du code de la santé publique. » ;

2° Le premier alinéa de l’article L. 138-11 est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « , à l’exclusion de toutes autres remises mentionnées à l’article L. 138-9. Si la différence entre le chiffre d’affaires d’une entreprise et le montant de ces remises est négative, elle n’est pas déduite de l’assiette de la contribution. » ;

2° bis Le V de l’article L. 138-12, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, est ainsi rédigé :

« V. – Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable est plafonné selon les modalités définies au D du III de l’article L. 245-6. » ;

3° L’article L. 245-6 est ainsi modifié :

a) Le début du I est ainsi rédigé : « I. – A. – Il est institué une contribution, dénommée “contribution de base”, des entreprises... (*le reste sans changement*). » ;

b) Au début du II, les mots : « II. – La contribution prévue au I du présent article » sont remplacés par les mots : « B. – La contribution de base » ;

c) Le premier alinéa du III est ainsi rédigé :

« C. – Sont exclus de l’assiette définie au B du présent I : » ;

c bis) (Supprimé)

d) Les IV à X sont remplacés par vingt-trois alinéas ainsi rédigés :

« D. – Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution de base s'entend déduction faite des remises mentionnées à l'article L. 138-9 accordées par les entreprises ainsi que des ventes ou reventes à destination de l'étranger, à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

« E. – Le taux de la contribution de base est fixé à 0,20 %.

« II. – A. – Une contribution additionnelle à la contribution de base, dénommée “contribution additionnelle”, est instituée pour les entreprises définies au A du I du présent article lorsque l'une ou plusieurs des spécialités pharmaceutiques donnent lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 et sont inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités, sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6, ou certaines de leurs indications seulement, ou prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-1-2 ou de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée.

« B. – La contribution additionnelle est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques remplissant les conditions prévues aux B à D du I du présent article et inscrites sur les listes mentionnées au A du présent II.

« C. – Le taux de la contribution additionnelle est fixé à 1,6 %.

« III. – A. – Une contribution supplémentaire à la contribution de base et à la contribution additionnelle, dénommée “contribution supplémentaire”, est instituée pour les entreprises définies au A du I qui exploitent les spécialités suivantes ou assurent leur importation parallèle ou leur distribution parallèle :

« 1° Celles inscrites sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ;

« 2° Celles inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6, ou certaines de leurs indications seulement ;

« 3° Celles bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante ;

« 4° Celles bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 du présent code ;

« 5° Celles bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application du premier alinéa de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique et prises en charge par l'assurance maladie ;

« 6° Celles bénéficiant du dispositif de prise en charge prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée ;

« 7° Celles acquises par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique.

« A bis. – Sont exclues de l'assiette définie au A du présent III les spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, les spécialités de référence dont le prix est inférieur à un seuil déterminé par décret et les spécialités de référence mentionnées au même article L. 5121-1 dont la base de remboursement des frais exposés par les assurés est limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité défini au II de l'article L. 162-16 du présent code ou dont le prix fixé en application de l'article L. 162-16-4 est identique à celui des spécialités génériques figurant dans le même groupe générique en application du b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

« B. – La contribution supplémentaire est assise sur le chiffre d'affaires correspondant aux ventes en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours d'une année civile, au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées au A du présent III, sauf de celles mentionnées au A bis, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée, à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées à l'article L. 138-9 du présent code.

« C. – Un taux de base s'applique à l'assiette de la contribution supplémentaire définie au B du présent III. Un taux différencié du taux de base assis sur la même assiette s'applique chaque année aux entreprises dont le chiffre d'affaires défini au D est inférieur à 50 millions d'euros.

« D. – Le montant total dû par chaque entreprise au titre de la contribution supplémentaire et de la contribution prévue aux articles L. 138-10 à L. 138-16 ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l'année civile considérée, au titre des spécialités mentionnées au A du présent III, sans exclusion de celles mentionnées au A bis, après déduction des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée, à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées à l'article L. 138-9 du présent code.

« E (*nouveau*). – Les entreprises redevables de la contribution supplémentaire qui, en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution supplémentaire est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent reverser la totalité du montant de cette contribution supplémentaire dont ils sont redevables sous la forme d'une remise.

« Les entreprises redevables de la contribution supplémentaire qui bénéficient d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés au même article L. 5121-12 et à l'article L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 du présent code, d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 ou du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée et dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4 du présent code peuvent reverser la totalité du montant de cette contribution supplémentaire dont ils sont redevables sous la forme d'une remise.

« IV. – Les contributions de base et additionnelle sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

« V. – A. – En cas de déclarations des contributions de base, additionnelle et supplémentaire manifestement erronées, l'organisme chargé du recouvrement des contributions fixe, en vue d'une taxation d'office, les chiffres d'affaires retenus pour le calcul de ces contributions par tous moyens, notamment en

fonction des versements effectués au titre des exercices antérieurs ou des bases de données disponibles, notamment les données de remboursement de l'assurance maladie ou toute autre base de données.

« B. – Lorsque les déclarations des contributions de base, additionnelle et supplémentaire n'ont pas été produites dans les délais prescrits ou ont donné lieu à la taxation d'office prévue au A du présent V, l'organisme chargé du recouvrement des contributions met une majoration forfaitaire à la charge de l'entreprise redevable. Pour chaque contribution due, la majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du chiffre d'affaires hors taxes retenu pour le calcul des contributions de base, additionnelles et supplémentaires et, dans le cas d'un retard de déclaration, par période de quinze jours de retard. Les majorations forfaitaires peuvent être cumulatives, sans pouvoir être inférieures à 50 000 euros ni supérieures à 100 000 euros.

« VI. – Les contributions de base, additionnelle et supplémentaire sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Elles sont versées de manière provisionnelle le 1<sup>er</sup> juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1<sup>er</sup> octobre de l'année suivant l'année au titre de laquelle les contributions sont dues. »

*I bis, I ter et II. – (Non modifiés)*

III. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les montants de la contribution mentionnée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale dus par les entreprises qui en sont redevables pour les années 2014 à 2024, en tant qu'ils seraient contestés sur le fondement de la prise en compte du chiffre d'affaires incluant l'ensemble des remises versées par les laboratoires, à l'exclusion des remises mentionnées à l'article L. 138-9 du même code.

IV. – Le *a* du 1<sup>°</sup> et le 2<sup>°</sup> du I du présent article sont applicables à partir des contributions dues au titre de l'année 2025. Les 1<sup>°</sup> A, *c* du 1<sup>°</sup>, 2<sup>°</sup> *bis* et 3<sup>°</sup> du même I sont applicables à partir des contributions dues au titre de l'année 2026.

*V. – (Supprimé)*

VI. – Pour l'année 2026, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,16 milliards d'euros.

VII. – Pour l’année 2026, le montant M mentionné à l’article L. 138-10 du même code est fixé à 22,10 milliards d’euros.

VII bis. – (*Supprimé*)

VIII. – (*Non modifié*)

VIII bis (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du 2° du I est compensée à due concurrence par la majoration de l’accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.

IX. – (*Non modifié*)

X à XII. – (*Supprimés*)

XIII. – (*Non modifié*)

XIV (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant de l’exclusion des spécialités de référence dont le prix est inférieur à un seuil de l’assiette de la contribution supplémentaire est compensée à due concurrence par la majoration de l’accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.

## **Article 10 bis A**

Après l’article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 138-10-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-10-1. – I.* – Il est institué une taxe à la charge des entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l’article L. 5121-8 du code de la santé publique lorsque le maintien de l’exclusivité de ces spécialités dans les conditions prévues au II du présent article retarde de manière injustifiée l’entrée effective sur le marché d’un médicament générique plus d’un an après la date d’expiration du brevet initial ou du certificat complémentaire de protection.

« *II.* – Sont réputées constituer un retard injustifié, au sens du I, les pratiques consistant à maintenir artificiellement l’exclusivité commerciale d’un médicament par :

« 1° Le dépôt d'un ou de plusieurs brevets portant sur des formes galéniques, des dosages, des associations de principes actifs ou des procédés n'apportant pas d'amélioration du service médical rendu ;

« 2° Ou toute action judiciaire ou administrative manifestement dilatoire visant à empêcher ou à retarder l'autorisation de mise sur le marché d'un générique équivalent.

« III. – Le taux de la taxe est fixé à 3 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des ventes de la spécialité concernée sur l'exercice au cours duquel le retard est constaté. Ce taux peut être porté à 5 % en cas de récidive dans un délai de cinq ans.

« IV. – Le produit de la taxe est recouvré et contrôlé selon les mêmes règles, sous les mêmes garanties, priviléges et sanctions que la taxe mentionnée à l'article L. 138-10.

« V. – Le produit de la taxe est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie et inscrit en recettes du régime général.

« VI. – (Supprimé) »

### **Article 10 bis B**

I. – L'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les implants issus de dérivés humains et les greffons d'origine humaine inscrits sur la liste des produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-7 du présent code sont exclus de l'assiette définie au premier alinéa du présent article. »

II (*nouveau*). – Le présent article s'applique à partir de la contribution due pour l'année 2026.

### **Article 10 bis**

I. – L'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. – Ne sont toutefois pas pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article :

« 1° Les médicaments biologiques similaires définis au *a* du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;

« 2° Les médicaments hybrides définis au *c* du 5° du même article L. 5121-1. »

*I bis (nouveau).* – À la fin du III de l'article 29 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, le montant : « 27,25 milliards d'euros » est remplacé par le montant : « 26,10 milliards d'euros ».

## II. – (*Supprimé*)

### **Article 10 *ter***

I. – Le II de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, est ainsi modifié :

1° Au 1°, le taux : « 70 % » est remplacé par le taux : « 50 % » ;

2° Il est ajouté un 3° ainsi rédigé :

« 3° À concurrence de 20 %, en fonction du lieu de production des médicaments que l'entreprise exploite, importe ou distribue au sein du montant total remboursé par l'assurance maladie défini au même I.

« La fraction de la part de la contribution due en fonction du lieu de production est ainsi déterminée :

« <b>Part des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 produits dans l'Union européenne</b>	<b>Coefficient</b>	<b>Part de la contribution de l'entreprise</b>	»
Inférieure ou égale à 20 %	4	Coefficient de l'entreprise / somme des coefficients de l'ensemble des entreprises redevables	
Supérieure à 20 % et inférieure ou égale à 40 %	3	Coefficient de l'entreprise / somme des coefficients de l'ensemble des entreprises redevables	
Supérieure à 40 % et inférieure ou égale à 60 %	2	Coefficient de l'entreprise / somme des coefficients de l'ensemble des entreprises redevables	
Supérieure à 60 % et inférieure ou égale à 80 %	1	Coefficient de l'entreprise / somme des coefficients de l'ensemble des entreprises redevables	
Supérieure à 80 %	0	Coefficient de l'entreprise / somme des coefficients de l'ensemble des entreprises redevables	

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

## Article 11

*(Conforme)*

## Article 11 bis

Après le I de l'article 1613 bis du code général des impôts, il est inséré un I bis ainsi rédigé :

« I bis. – Les boissons présentant un titre alcoolométrique acquis de plus de 1,2 % vol. et comportant une adjonction de substances ayant un effet stimulant sur le corps, dont la liste est fixée par arrêté et comprend notamment la caféine, la taurine et la guaranine, sont soumises à la même taxe. »

**Article 11 *ter***

*(Suppression conforme)*

**Article 11 *quater***

L'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 2°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements titulaires d'une autorisation mentionnée à l'article L. 321-1 du code de la sécurité intérieure, seules les dépenses de publicité afférentes à l'activité de jeux d'argent et de hasard sont incluses dans l'assiette de la contribution prévue au présent article. » ;

2° (*nouveau*) Au début du cinquième alinéa, les mots : « Son taux » sont remplacés par les mots : « Le taux de la contribution ».

**Articles 11 *quinquies A et 11 *quinquies B****

*(Supprimés)*

**Article 11 *quinquies***

*(Conforme)*

**Article 11 *sexies***

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

1° (*nouveau*) À la troisième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 138-2, les mots : « aux deux dernières phrases du premier alinéa » sont remplacés par les mots : « au II » ;

2° L'article L. 138-9 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-9. – I. –* Les remises, les ristournes et les avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-3 du code de commerce, consentis par les fournisseurs des officines en spécialités pharmaceutiques remboursables ne peuvent excéder, par année civile et par ligne de produits,

pour chaque officine, un plafond fixé à 2,5 % du prix fabricant hors taxes de ces spécialités.

« II. – A. – Le plafond mentionné au I du présent article est porté à 40 % du prix fabricant hors taxes :

« 1° Pour les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et pour les spécialités de référence définies au même a dont le prix de vente au public est identique à celui des autres spécialités du groupe générique auquel elles appartiennent ;

« 2° Pour les spécialités inscrites au répertoire des groupes génériques en application des deux dernières phrases du b du même 5° ;

« 3° Pour les spécialités hybrides substituables figurant au registre mentionné au dernier alinéa de l'article L. 5121-10 du même code et pour les spécialités de référence substituables figurant au registre mentionné au même dernier alinéa dont le prix de vente est identique à celui des autres spécialités du registre des groupes hybrides auquel elles appartiennent.

« B. – Pour les spécialités de référence soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité en application du II de l'article L. 162-16 du présent code, le plafond est fixé à 40 % du prix fabricant hors taxes correspondant au tarif forfaitaire de responsabilité.

« III. – Le plafond mentionné au I du présent article est porté à 20 % du prix fabricant hors taxes :

« 1° Pour les médicaments biologiques similaires substituables dans les conditions prévues à l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique ;

« 2° Pour les spécialités de référence dont le prix de vente est identique à celui des médicaments biologiques similaires substituables dans les conditions prévues au même article L. 5125-23-2.

« IV. – Pour l'application des plafonds mentionnés aux II et III du présent article, il n'est pas tenu compte du montant de la marge prévue à l'article L. 162-38 que le fournisseur rétrocède le cas échéant à l'officine.

« V. – Les infractions au présent article sont passibles des sanctions pénales applicables aux infractions mentionnées à l'article L. 162-38. Ces infractions sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce.

« Toutefois, les plafonds prévus au présent article ne s’appliquent pas pendant la durée de validité d’un accord de bonnes pratiques commerciales, agréé par le ministre chargé de la sécurité sociale, conclu entre les organisations représentatives des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et celles des pharmaciens d’officine. »

II. – (*Non modifié*)

III. – Avant le 1<sup>er</sup> octobre 2027 et à l’issue d’une concertation avec la Caisse nationale de l’assurance maladie, le Comité économique des produits de santé et les organisations syndicales représentatives des exploitants et des distributeurs de spécialités pharmaceutiques remboursables, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant l’incidence des plafonds de remise applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026 sur les taux effectifs des remises pratiquées et sur les niveaux de pénétration du marché par les spécialités pharmaceutiques concernées ainsi que des hypothèses d’évolution du modèle de rémunération de la substitution des médicaments génériques, hybrides et biosimilaires par les pharmaciens d’officine.

IV. – (*Non modifié*)

**Article 11 *septies***

(*Suppression conforme*)

**Articles 11 *octies* et 11 *nonies***

(*Supprimés*)

**Article 12**

I A (*nouveau*). – Le code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I de l’article L. 3332-2-1, le mot : « à » est remplacé par les mots : « au I de » ;

2° À la première phrase du 4<sup>o</sup> de l’article L. 3334-6, au b du 4<sup>o</sup> du VII de l’article L. 3335-2, au b du 4 du III de l’article L. 3335-3 et au sixième alinéa du 1<sup>o</sup> des III et IV de l’article L. 3663-9, après la référence : « 6<sup>o</sup> », sont insérés les mots : « du I ».

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

1° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi modifié :

– à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 63,25 % » est remplacé par le taux : « 58,35 % » ;

– à la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 20,93 % » est remplacé par le taux : « 24,77 % » ;

– à la fin du dernier alinéa, le taux : « 5,08 % » est remplacé par le taux : « 6,14 % » ;

b) Au *b* du 2°, la référence : « 4° » est remplacée par la référence : « 3° » ;

c) Le 3° est ainsi modifié :

– au deuxième alinéa du *a*, les mots : « aux 1° du I, au » sont remplacés par les mots : « au 1° des I et » ;

– le même *a* est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« – 0,3 % pour les revenus mentionnés au 2° du II du même article L. 136-8 ; »

– au début du cinquième alinéa du *b*, le taux : « 1,88 % » est remplacé par le taux : « 2,53 % » ;

– au *d*, les mots : « sur les revenus d'activité » sont supprimés ;

d) Au 4°, après la référence : « *b* », sont insérés les mots : « du II » et la référence : « 4° » est remplacée par la référence : « 3° » ;

e) Au 4° *bis*, après la référence : « *b* », sont insérés les mots : « du II » ;

f) Le 5° est remplacé par des 5° et 5° *bis* ainsi rédigés :

« 5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14 et L. 137-18 est versé :

« *a*) À la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 pour 93,98 % ;

« *b*) À la branche mentionnée au 1° du même article L. 200-2 pour 6,02 % ;

« 5° bis Le surplus du produit des prélèvements mentionné au second alinéa de l’article L. 137-24 est versé :

- « a) À la branche mentionnée au 4° de l’article L. 200-2 pour 66 % ;
- « b) À la branche mentionnée au 1° du même article L. 200-2 pour 34 % ; »

2° Au premier alinéa de l’article L. 137-14, les mots : « des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « d’assurance vieillesse et de la Caisse nationale de l’assurance maladie » ;

2° bis À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l’article L. 137-18, les mots : « des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « d’assurance vieillesse et à la Caisse nationale de l’assurance maladie » ;

3° Le second alinéa de l’article L. 137-24 est complété par les mots : « et à la Caisse nationale de l’assurance maladie dans les conditions prévues à l’article L. 131-8 » ;

4° L’article L. 222-2-1 est ainsi modifié :

- a) Au premier alinéa du 2°, les mots : « le régime général, » sont supprimés ;
- b) Le 3° est abrogé.

I bis. – L’article 1001 du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;

2° Au début du vingtième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – ».

II et III. – (Non modifiés)

IV. – (Supprimé)

V. – (Non modifié)

VI. – (Supprimé)

VII et VIII. – (Non modifiés)

## Article 12 bis A

(Conforme)

## **Article 12 bis**

*(Suppression conforme)*

## **Article 12 ter A**

I à IV. – *(Non modifiés)*

V. – Le taux de la cotisation d’assurance maladie fixé en application de l’article L. 241-2 du code de la sécurité sociale est réduit de 6 points au titre des rémunérations suivantes :

1° Les rémunérations sur lesquelles l’employeur bénéficie d’une réduction dégressive de cotisations patronales spécifique dont le bénéfice n’est pas cumulable avec la réduction générale dégressive unique prévue à l’article L. 241-13 du même code et qui n’excèdent pas, sur l’année, un montant, fixé par décret, compris entre 2,5 fois le montant du salaire minimum de croissance applicable au 31 décembre 2023 et 2,5 fois le salaire minimum de croissance en vigueur ;

2° Les rémunérations des salariés mentionnés aux 3° et 6° de l’article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre VII du code de la sécurité sociale, sur lesquelles l’employeur ne bénéficie pas de la réduction générale dégressive unique prévue à l’article L. 241-13 du même code et qui n’excèdent pas un montant, fixé par décret, compris entre 2,25 fois le montant du salaire minimum de croissance applicable au 31 décembre 2023 et 2,25 fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur.

VI. – Le taux de la cotisation d’allocations familiales fixé en application de l’article L. 241-6 du code de la sécurité sociale est réduit de 1,8 point au titre des rémunérations suivantes :

1° Les rémunérations sur lesquelles l’employeur bénéficie d’une réduction dégressive de cotisations patronales spécifique dont le bénéfice n’est pas cumulable avec la réduction générale dégressive unique prévue à l’article L. 241-13 du même code et qui n’excèdent pas, sur l’année, un montant, fixé par décret, compris entre 3,5 fois le montant du salaire minimum de croissance applicable au 31 décembre 2023 et 3,5 fois le salaire minimum de croissance en vigueur ;

2° Les rémunérations des salariés mentionnés au 3° de l’article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre I<sup>er</sup>

du titre I<sup>er</sup> du livre VII du code de la sécurité sociale, sur lesquelles l'employeur ne bénéficie pas de la réduction générale dégressive unique prévue à l'article L. 241-13 du même code et qui n'excèdent pas un montant, fixé par décret, compris entre 3,3 fois le montant du salaire minimum de croissance applicable au 31 décembre 2023 et 3,3 fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur.

VII et VIII. – (*Non modifiés*)

### **Article 12 *ter***

Au premier alinéa de l'article L. 114-17-1-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « peut procéder » sont remplacés par le mot : « procède ».

### **Article 12 *quater***

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> (*Supprimés*)

3<sup>o</sup> (*nouveau*) Après le 2<sup>o</sup> du III de l'article L. 613-6-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'article L. 133-10, les montants du chiffre d'affaires ou des recettes et les sommes précomptées déclarés en application des 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> du présent III sont arrondis au centime d'euro le plus proche. »

### **Article 12 *quinquies***

I. – (*Non modifié*)

II. – Le 1<sup>o</sup> de l'article L. 5134-31 du code du travail est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> À la fin de la première phrase, les mots : « , sans qu'il soit fait application des dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale » sont supprimés ;

2<sup>o</sup> (*Supprimé*)

III. – Le III de l'article 31 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est abrogé.

IV. – (*Non modifié*)

**Article 12 *sexies***

*(Supprimé)*

**Articles 12 *septies* et 12 *octies***

*(Suppression conforme)*

**Article 12 *nonies***

I. – L’article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

- a) Au premier alinéa, le taux : « 25 % » est remplacé par le taux : « 35 % » ;
- b) Au second alinéa, le taux : « 40 % » est remplacé par le taux : « 50 % » ;

2° Le III est ainsi modifié :

- a) À la fin du 1°, le taux : « 25 % » est remplacé par le taux : « 35 % » ;
- b) À la fin du 2°, le taux : « 40 % » est remplacé par le taux : « 50 % ».

II (*nouveau*). – Le présent article s’applique aux procédures engagées à compter du 1<sup>er</sup> juin 2026.

**Article 12 *decies***

*(Suppression conforme)*

**Article 12 *undecies***

Le II de l’article L. 613-6-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin du 1°, le montant : « 7 500 euros » est remplacé par le montant : « 3 250 euros » ;

2° Au 2°, le montant : « 7 500 euros » est remplacé par le montant : « 15 000 euros ».

## TITRE II

### CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

#### Article 13

Est approuvé le montant de 9,1 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 4 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

#### Article 14

Pour l'année 2026 est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

	<i>(En milliards d'euros)</i>		
	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie .....	257,5	271,3	-13,8
Accidents du travail et maladies professionnelles ...	17,1	18,0	-1,0
Vieillesse.....	305,8	310,4	-4,6
Famille .....	60,1	59,7	0,4
Autonomie.....	43,3	43,6	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	664,8	684,2	-19,4

#### Article 15

##### I. – *(Non modifié)*

I bis. – Après le II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, il est inséré un II *octies* ainsi rédigé :

« II *octies*. – A. – La couverture des déficits cumulés des exercices 2021 à 2024 de la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et de l'exercice 2024 de la branche mentionnée au 1° du même article L. 200-2 est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement

de la dette sociale à l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite de 15 milliards d’euros.

« Ce montant est affecté à la couverture des déficits de ces branches, au prorata des montants respectifs des déficits cumulés des exercices 2021 à 2024 pour la branche mentionnée au 3° dudit article L. 200-2 et du déficit de l’exercice 2024 pour la branche mentionnée au 1° du même article L. 200-2.

« B. – Les transferts mentionnés au A du présent II *octies* interviennent au plus tard le 31 décembre 2026. Leurs dates et montants sont fixés par décret. »

II. – Pour l’année 2026, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont nulles.

## Article 16

Sont habilités en 2026 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir les besoins de financement des régimes dont ils gèrent la trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

	(En millions d’euros)
	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale .....	83 000
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire .....	360
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.	450
Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.	13 700

## Article 16 bis

(*Suppression conforme*)

## Article 17

Est approuvé le rapport figurant en annexe à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2026 à 2029), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi que l’objectif national de dépenses d’assurance maladie.

TROISIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES**

**POUR L'EXERCICE 2026**

TITRE I<sup>ER</sup>

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES**

**Article 18**

*(Suppression conforme)*

**Article 18 bis A**

*(Conforme)*

**Article 18 bis**

*(Suppression conforme)*

**Article 18 ter A**

*(Supprimé)*

**Article 18 ter**

I. – À titre expérimental, l'État peut autoriser, pour une durée de trois ans, la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des actes de prélèvements sur les victimes consécutifs à des violences sexuelles et sexistes, dans un délai d'un mois à compter des faits, quel que soit l'âge de la victime, même en l'absence de dépôt de plainte.

II. – *(Non modifié)*

III. – Au plus tard trois mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation portant notamment sur :

1° L'accès effectif des victimes à la prise en charge intégrale des actes ;

- 2° L'effet de la mesure sur la santé physique et psychique des victimes ;
- 3° Les incidences de la mesure sur le déroulement des procédures pénales ;
- 4° Les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation pour les professionnels de santé et pour les organismes d'assurance maladie ;
- 5° La pertinence d'une généralisation du dispositif.

### **Article 18 *quater***

*(Suppression conforme)*

### **Article 18 *quinquies (nouveau)***

Après l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 160-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 160-1-1.* – Sous réserve des conventions internationales et des règlements européens, toute personne qui réside en France de manière stable et régulière, qui n'y exerce pas d'activité professionnelle et qui n'est pas redevable des cotisations et contributions mentionnées aux articles L. 131-9 et L. 136-1 en vertu d'une convention internationale bénéficie de la prise en charge des frais de santé mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-1 à la condition de s'acquitter d'une participation financière.

« Lorsque la personne ne s'acquitte pas de cette participation financière pendant une durée déterminée, le directeur de l'organisme chargé de la prise en charge des frais de santé lui notifie, après vérification de sa situation, que le bénéfice de son droit à la prise en charge des frais de santé sera suspendu si elle ne s'acquitte pas du montant dû.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article, notamment celles relatives au montant, à la notification et au recouvrement de cette participation ainsi qu'à la suspension du droit à la prise en charge des frais de santé lorsque la personne ne s'en acquitte pas. »

### **Article 19**

Le titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- 1° Le chapitre II est complété par une section 15 ainsi rédigée :

### « Section 15

#### *« 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*

« *Art. L. 162-63.* – Les assurés sociaux souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une affection relevant des 3° et 4° de l'article L. 160-14 et inscrite sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité de santé peuvent bénéficier d'un parcours d'accompagnement préventif sur prescription médicale.

« Le parcours d'accompagnement préventif peut être organisé sous la forme d'un parcours coordonné renforcé mentionné à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Ce parcours ne peut faire l'objet d'une facturation de dépassements d'honoraires.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale établit la liste des actes et des prestations pris en charge dans le cadre du parcours d'accompagnement préventif. » ;

2° Le 9° de l'article L. 160-8 est complété par les mots : « et à l'article L. 162-63 du présent code ».

## Article 20

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

1° À la première phrase du c du 2° de l'article L. 1431-2, après le mot : « population, », sont insérés les mots : « elles organisent l'activité de vaccination, » ;

2° Au neuvième alinéa de l'article L. 1432-2, les mots : « aux articles L. 1423-2 et L. 3111-11 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 1423-2 » ;

3° Après l'article L. 3111-2, il est inséré un article L. 3111-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3111-2-1.* – Sous réserve d'une recommandation préalable en ce sens de la Haute Autorité de santé, la vaccination contre la grippe est obligatoire, sauf contre-indication médicale reconnue, pour les personnes résidant dans l'un des établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles pendant la période épidémique.

« Un décret en Conseil d’État, pris après avis de la Haute Autorité de santé, définit les conditions de mise en œuvre de cette obligation. » ;

4° L’article L. 3111-4 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

- au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- après le mot : « prévention », il est inséré le signe : « , » ;

a bis) Au quatrième alinéa, les mots : « à l’alinéa premier » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa du présent I » ;

b) Avant le dernier alinéa, sont insérés des II et III ainsi rédigés :

« II. – Sous réserve d’une recommandation préalable de la Haute Autorité de santé, les professionnels de santé exerçant, à titre libéral, en dehors des établissements ou des organismes mentionnés au I ainsi que les personnes employées dans le même lieu d’exercice les exposant ou exposant les personnes dont ils ont la charge à des risques de contamination doivent être vaccinés contre la grippe. Un décret en Conseil d’État, pris après avis de la Haute Autorité de santé, détermine les professions concernées et leurs lieux d’exercice en fonction des risques de contamination auxquelles elles sont exposées ou qu’elles sont susceptibles d’induire pour les personnes dont elles ont la charge.

« III. – Les personnes exerçant une profession de santé mentionnée à la quatrième partie du présent code ou une profession mentionnée au livre IV du code de l’action sociale et des familles dont la liste est établie par un décret en Conseil d’État pris après avis de la Haute Autorité de santé doivent être immunisées contre la rougeole.

« La même obligation s’applique au personnel des établissements de santé et des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l’article L. 312-1 du même code assurant l’accueil, la prise en charge ou l’accompagnement d’enfants ainsi qu’au personnel des établissements d’accueil des enfants de moins de six ans, au sens de l’article L. 2324-1 du présent code. Un décret en Conseil d’État, pris après avis de la Haute Autorité de santé, établit la liste des professions, des établissements et services et des activités soumis à cette obligation, compte tenu des risques particuliers encourus, en cas d’exposition à la rougeole, par les personnes immunodéprimées et les jeunes enfants.

« Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice de professions figurant sur la liste établie par le décret en Conseil d'État mentionné aux premier ou deuxième alinéas du présent III doit être immunisé contre la rougeole.

« Lorsque la vaccination d'une personne à laquelle s'applique l'obligation d'immunisation est nécessaire, elle est réalisée, en l'absence de vaccin monovalent contre la rougeole, avec un vaccin trivalent associant rougeole, oreillons et rubéole. » ;

c) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – » ;

5° L'article L. 3111-11 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3111-11. – I.* – Le directeur général de l'agence régionale de santé habilite, en fonction des besoins recensés au niveau régional, un ou plusieurs centres de vaccination qui procèdent gratuitement à des vaccinations. Les collectivités territoriales qui mettent en œuvre une activité de vaccination peuvent être habilitées à ce titre.

« *II.* – Les centres de vaccination participent à la mise en œuvre de la politique vaccinale. À ce titre, ils assurent :

« 1° Une activité de vaccination à titre gratuit, dans le respect du calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 3111-1 ;

« 2° Une activité de promotion de la vaccination, notamment par des actions d'information à destination de la population ;

« 3° Des activités de sensibilisation et de formation à la vaccination à destination des professionnels de santé et des professionnels des secteurs social et médico-social.

« Ils contribuent en outre à l'orientation des usagers dans le système de soins.

« Les centres de vaccination peuvent exercer leurs missions en dehors de leurs structures.

« *III.* – Les dépenses afférentes aux centres de vaccination habilités en application du I du présent article sont prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les

régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'à la participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

« IV. – Selon des modalités définies par décret, la Caisse nationale de l'assurance maladie peut négocier, pour le compte des établissements, organismes et collectivités territoriales habilités, les conditions d'acquisition des vaccins destinés à être administrés dans les centres de vaccination et qui sont inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. » ;

6° À la fin du second alinéa de l'article L. 3821-1, les mots : « loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 » sont remplacés par les mots : « loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2026 » ;

7° (*nouveau*) L'article L. 4211-4 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 4211-4.* – Par dérogation au 4° de l'article L. 4211-1, les centres de santé ainsi que les médecins, les sages-femmes et les infirmiers, dans le cadre de leur exercice libéral, peuvent s'approvisionner en vaccins et détenir des vaccins en vue de leur administration aux personnes cibles par les recommandations vaccinales du calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 3111-1.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, fixe les conditions d'application du présent article, notamment les lieux d'exercice dans lesquels les vaccins peuvent être détenus, la liste de ces vaccins ainsi que leurs conditions d'approvisionnement, de conservation et de traçabilité. »

*I bis A (nouveau).* – La section 8 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-38-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-38-4.* – Par dérogation aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9 et L. 162-14-1, les règles de facturation et les modalités de rémunération des professionnels de santé et des centres de santé mentionnés à l'article L. 4211-4 du code de la santé publique sont fixées par arrêté. »

*I bis. – (Supprimé)*

*II à IV. – (Non modifiés)*

## **Articles 20 bis et 20 ter**

*(Suppression conforme)*

### **Article 20 quater**

I. – *(Non modifié)*

II *(nouveau)*. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2026.

### **Article 20 quinquies**

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'inscription de produits contenant des substances contaminantes et cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques ou perturbatrices avérées ou suspectées est interdite. »

### **Article 20 sexies**

L'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, l'année : « 2025 » est remplacée par l'année : « 2027 » ;

b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le ministre chargé de la santé arrête la liste des territoires participant à l'expérimentation, dans la limite de deux régions. » ;

c) La première phrase du second alinéa est complétée par les mots : « , qui peuvent permettre l'hébergement de ces usagers » ;

2° Le IV est ainsi modifié :

a) Après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , sur l'amélioration des parcours de prise en charge des usagers » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le rapport comprend une analyse des faits de délinquance, des troubles à l'ordre public, des nuisances

constatées dans l'espace public ou perçues par les riverains et de l'évolution des modes de consommation. »

### **Article 20 *septies***

*(Conforme)*

### **Articles 20 *octies* à 20 *duodecies***

*(Suppression conforme)*

### **Article 21**

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

1° A L'article L. 162-5 est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi rétabli :

« 3° Les rémunérations forfaitaires modulées en fonction de la part de la patientèle résidant dans tout ou partie des zones caractérisées 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 du code de la santé publique ; »

b) Au 6°, après la référence : « L. 162-5-2 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

1° L'article L. 162-5-11 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 162-5-11. – I.* – Lors de leur stage réalisé en application du premier alinéa du II de l'article L. 632-2 du code de l'éducation, les étudiants en médecine générale facturent les soins qu'ils délivrent pour le compte du praticien agréé maître de stage ou de la structure agréée comme lieu de stage. Ils sont tenus d'appliquer, pour la tarification des soins qu'ils délivrent, les règles fixées par la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du présent code. Ces tarifs ne peuvent donner lieu à dépassement et les assurés qu'ils prennent en charge sont dispensés de l'avance de frais pour leur part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Par dérogation aux articles L. 161-36-2 et L. 161-36-3, les frais facturés en tiers payant ne donnent lieu au versement au praticien ou à la structure agréée ni de la part prise en charge par les régimes obligatoires

d'assurance maladie ni de la participation prise en charge en application du 1<sup>o</sup> de l'article L. 861-3.

« II. – Le paiement de la rémunération des étudiants en dernière année du diplôme d'études spécialisées de médecine générale est assuré par le centre hospitalier universitaire auquel ils sont rattachés.

« III. – Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

1<sup>o</sup> bis La première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-14 est ainsi modifiée :

a) Les mots : « aux actes effectués dans le cadre de la » sont remplacés par les mots : « à l'activité de » ;

b) Après les mots : « même article », sont insérés les mots : « L. 6314-1 ainsi que ceux relatifs à la régulation de médecine ambulatoire prévue au deuxième alinéa de l'article L. 6311-3 du même code par les médecins mentionnés au quatrième alinéa du même article L. 6311-3 » ;

2<sup>o</sup> Le I de l'article L. 162-14-1 est complété par un 10<sup>o</sup> ainsi rédigé :

« 10<sup>o</sup> Le cas échéant, les conditions dans lesquelles la facturation de certains actes ou prestations peut être réservée à ceux réalisés dans des structures spécialisées en soins non programmés définies à l'article L. 6323-6 du même code. » ;

3<sup>o</sup> Le *n* du 2<sup>o</sup> du II de l'article L. 162-31-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, après la première occurrence du mot : « commune », sont insérés les mots : « ou d'une commune déléguée en zone de montagne » ;

b) Après la deuxième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ces dispositions peuvent être mises en œuvre sur tout le territoire national. »

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

1<sup>o</sup> L'article L. 1435-4-3 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 1435-4-3.* – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné et spécialisé en médecine générale, qui n'est pas installé en cabinet libéral ou dont l'installation date de moins d'un an, un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire, sur la base duquel il

perçoit une rémunération complémentaire aux rémunérations de ses activités de soins lorsque celles-ci sont inférieures à un seuil. La rémunération complémentaire ne peut dépasser 10 % des rémunérations versées au médecin.

« Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage à :

« 1° Exercer la médecine générale à titre libéral, pendant une durée fixée par le contrat, qui ne peut être inférieure à deux ans, dans une zone définie comme prioritaire par l'agence régionale de santé ;

« 2° Respecter les tarifs opposables ;

« 3° Participer, dans des conditions fixées par le contrat, à des actions définies par l'agence régionale de santé en matière d'accès aux soins, de permanence et de continuité des soins ainsi que de coordination des soins ;

« 4° Contribuer à l'enseignement et à la formation universitaire en médecine générale.

« Un contrat est conclu avec l'université au titre de cet engagement. Il est joint au contrat mentionné au premier alinéa.

« Dans les collectivités relevant de l'article 73 de la Constitution, la définition des zones prioritaires mentionnées au présent article tient compte des spécificités géographiques, démographiques et organisationnelles propres à ces territoires, notamment l'éloignement, l'insularité, la dispersion de l'habitat et les difficultés particulières d'accès aux soins. Cette définition fait l'objet d'une concertation préalable avec les collectivités territoriales, les ordres professionnels concernés et les agences régionales de santé.

« Le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire est renouvelable une fois.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les conditions dans lesquelles le bénéfice du contrat prévu au présent article peut être cumulé avec les autres dispositifs d'aide destinés aux médecins s'installant dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante au sens de l'article L. 1434-4. » ;

2° Au dernier alinéa du I de l'article L. 1435-5, après la seconde occurrence du mot : « la », sont insérés les mots : « garde de » ;

3° Le dernier alinéa du I de l'article L. 5125-4 est complété par les mots : « ou pour la création d'une seule antenne par le ou les pharmaciens

titulaires d'une officine d'une commune limitrophe ou d'une officine parmi les plus proches géographiquement » ;

4° Après le chapitre III *quater* du titre II du livre III de la sixième partie, il est inséré un chapitre III *quinquies* ainsi rédigé :

« *CHAPITRE III QUINQUIES*

« *Structures spécialisées en soins immédiats non programmés*

« *Art. L. 6323-6.* – Une structure spécialisée en soins immédiats non programmés est une structure sanitaire de proximité :

« 1° Assurant, en fonction de l'offre de soins présente sur le territoire ou en complémentarité avec celle-ci à titre principal, des missions relatives à la prise en charge des soins immédiats non programmés relevant de la médecine ambulatoire lorsque le pronostic vital et fonctionnel du patient n'est pas engagé ;

« 2° Et dont les membres s'engagent à respecter un cahier des charges relatif aux principes d'organisation et aux caractéristiques de son exercice, à l'accessibilité de ses locaux et de ses services, aux délais de prise en charge, à l'orientation des patients dans le parcours de soins et aux prestations minimales attendues, déterminé par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après consultation des représentants du secteur des soins non programmés, qui prévoit notamment que ces structures disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicales à proximité, qu'elles pratiquent le mécanisme du tiers payant mentionné à l'article L. 160-10 du code de la sécurité sociale et qu'elles ne facturent pas de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative ou des tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code. En outre, en cas d'orientation du patient vers une autre structure de soins ou vers un professionnel de santé exerçant à l'extérieur de la structure mentionnée au premier alinéa du présent article, une information lui est fournie sur la pratique, par l'offreur de soins proposé, du dépassement de ces tarifs et du mécanisme du tiers payant.

« Une structure spécialisée en soins non programmés peut notamment être constituée en centre de santé, en cabinet médical, en maison de santé ou en société interprofessionnelle de soins ambulatoires. Elle est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux et, le cas échéant, des auxiliaires médicaux, exerçant à titre libéral ou salarié.

« Les professionnels de santé membres de la structure spécialisée élaborent et signent un projet de prise en charge des soins non programmés compatible avec les orientations des schémas régionaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-2 du présent code et précisant leur intégration dans l'organisation territoriale des soins. Ils sont également tenus de participer au service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 et à la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1, dans des conditions fixées par décret. Le projet de prise en charge des soins non programmés est agréé par l'agence régionale de santé et par l'organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie.

« Les professionnels de santé exerçant au sein de la structure spécialisée le déclarent à l'agence régionale de santé et aux organismes gestionnaires de régime de base d'assurance maladie territorialement compétents.

« La structure spécialisée bénéficie d'un financement forfaitaire spécifique versé par l'assurance maladie dont le montant, déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, tient compte notamment du nombre de patients accueillis par an.

« La structure, dénommée “point d'accueil pour soins immédiats”, fait l'objet d'une signalétique spécifique, dont les caractéristiques sont déterminées par voie réglementaire.

« Les conditions d'application du présent article, notamment la définition de l'activité de soins non programmés, les modalités de fixation du cahier des charges et les conditions d'agrément du projet de prise en charge des soins non programmés, sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

III. – À défaut de signature, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2027, d'un avenant à la convention médicale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale portant sur la rémunération des soins non programmés et sur la mise en œuvre du 10° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent déterminer par arrêté les modifications à apporter à cet effet à cette convention.

III bis. – (Non modifié)

IV à VI. – (Supprimés)

### **Articles 21 bis A et 21 bis B**

(Conformes)

## Article 21 bis

I. – (*Supprimé*)

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

1° à 4° (*Supprimés*)

5° Le dernier alinéa de l'article L. 4161-1 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « ou contribuent à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques » ;

b) Les mots : « du b » sont remplacés par les mots : « des b et c » ;

6° Le 9° de l'article L. 5125-1-1 A est complété par un c ainsi rédigé :

« c) Contribuer à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques. Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine la liste des situations cliniques concernées et les modalités de leur prise en charge ; »

7° Le livre III de la sixième partie est complété par un titre III ainsi rédigé :

### « *TITRE III* « **RÉSEAU FRANCE SANTÉ**

« *Art. L. 6330-1.* – Afin d'améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, il est créé un réseau de structures de soins de premier recours dénommées structures “France santé”. Les structures “France santé”, lorsqu'elles fournissent une offre de service socle, peuvent conclure avec les agences régionales de santé et les organismes gestionnaires de régime de base d'assurance maladie une convention précisant les engagements de la structure et les financements dont elle peut bénéficier en application de l'article L. 6330-2.

« *Art. L. 6330-2.* – L'offre de service socle des structures “France santé”, qui peut être organisée de manière itinérante ou comporter pour partie des modes d'accès dématérialisés, la nature des engagements ainsi que les financements dont les structures peuvent bénéficier à ce titre sont définis par les accords prévus au II de l'article L. 162-14-1 et à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale.

« Pour les structures qui ne relèvent pas des accords mentionnés au premier alinéa du présent article, les financements sont définis dans le cadre du fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8. »

III. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai de deux mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de conclure un avenant à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles et un avenant à l'accord prévu à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale afin de définir les participations des structures de soins relevant de ces accords au réseau des maisons « France santé » et les rémunérations auxquelles elles sont éligibles dans ce cadre.

IV. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de conclure un avenant à l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé afin de prévoir les modalités de soutien de ces communautés aux structures du réseau « France santé ».

V. – Par dérogation à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la participation des structures relevant des avenants mentionnés au IV du présent article au réseau « France santé » peut être immédiate.

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

1° et 2° (*Supprimés*)

3° L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :

*a)* Au 12°, après le mot : « pharmaceutique », il est inséré le mot : « , notamment » ;

*b)* Après le 19°, il est inséré un 20° ainsi rédigé :

« 20° La tarification des prestations effectuées par les pharmaciens lorsqu'ils contribuent à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques en application de la mission mentionnée au *c* du 9° de l'article L. 5125-1-1 A dudit code. »

VII. – (*Supprimé*)

### **Article 21 *ter***

Après l'article L. 1411-6-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1411-6-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1411-6-5.* – Les femmes âgées de quarante-cinq ans à soixante-cinq ans bénéficient d'une consultation longue prise en charge par l'assurance maladie et destinée à les informer et à repérer les éventuels facteurs de risques au moment de la ménopause.

« Les conditions de prise en charge de cette consultation sont prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale. Cette consultation est réalisée à tarif opposable. »

### **Article 21 *quater***

I et I *bis*. – (*Non modifiés*)

I *ter*. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2030. Le I *bis* entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2026.

II. – (*Supprimé*)

### **Articles 21 *quinquies* et 21 *sexies***

(*Conformes*)

### **Article 21 *septies A***

L'article L. 4331-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est complété par les mots : « ou dans le cadre d'un adressage vers une prise en charge pluriprofessionnelle à laquelle ils participent » ;

2° (*Supprimé*)

### **Article 21 *septies***

Le chapitre II du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est complété par les mots : « et médecine esthétique » ;

2° Il est ajouté un article L. 6322-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6322-4. – La pratique de la médecine esthétique est soumise à une autorisation délivrée par l’ordre compétent.*

« L’autorisation est accordée en fonction des besoins médicaux de la population résidant dans le bassin géographique et ses modalités sont définies par décret.

« L’autorisation est accordée pour une durée de cinq ans renouvelable.

« Sont également définies par décret les conditions d’exercice préalable dans la qualification initiale, de formation et d’expérience professionnelle requises pour la pratique de ces actes, leurs conditions de réalisation ainsi que les catégories d’actes concernés. »

### **Article 21 *octies***

*(Conforme)*

### **Article 21 *nonies***

L’article 47 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « de trois mois » sont remplacés par les mots : « d’un an » ;

2° À la seconde phrase, les mots : « les modalités de » sont remplacés par les mots : « les effets de la » et, à la fin, les mots : « et leurs impacts pour la sécurité sociale » sont supprimés ;

3° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Ce rapport définit les conditions de la prise en charge directe des patients mentionnée à l’article 6 de la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d’infirmier. »

### **Article 21 *decies***

*(Suppression conforme)*

## Article 22

I. – (*Non modifié*)

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

1° Le 4° de l'article L. 6133-1 est ainsi modifié :

*a)* À la deuxième phrase, les mots : « , de responsabilité à leur égard » sont supprimés ;

*b)* À la fin de la troisième phrase, les mots : « , dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8 » sont supprimés ;

*c)* Après la même troisième phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « Si les autorisations que le groupement exploite pour une même activité de soins sont détenues par au moins deux de ses membres relevant d'échelles tarifaires différentes, les tarifs applicables à la facturation de cette activité sont déterminés dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8. Si les autorisations qu'il exploite pour une activité de soins sont détenues par un seul de ses membres ou par des établissements relevant d'une même échelle tarifaire, la facturation de cette activité est effectuée dans l'échelle tarifaire applicable à ces membres. » ;

*d)* Après le mot : « membres », la fin de l'avant-dernière phrase est ainsi rédigée : « qui ne les facturent plus. » ;

2° Au premier alinéa du II de l'article L. 6145-9, la référence : « L. 174-2-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-27 ».

III à V. – (*Non modifiés*)

## Article 22 bis A

(*Supprimé*)

## Article 22 bis

I. – Le 1° de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par exception au premier alinéa du présent article, la prestation relevant de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie ne fait pas l'objet d'une valorisation par les établissements de santé mentionnés au *a* de

l’article L. 162-22 lorsqu’elle est effectuée par un praticien hospitalier dans le cadre de son activité libérale dans les conditions définies à l’article L. 6154-1 du code de la santé publique ; ».

II. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2027.

### **Article 22 *ter***

L’article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les modalités de facturation des actes des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale et les catégories déterminées au 2<sup>o</sup> du présent article tiennent compte des honoraires des praticiens et des moyens humains, notamment médicaux, mis en œuvre pour la prise en charge des patients dans les établissements mentionnés au *a* de l’article L. 162-22. »

### **Article 23**

I. – (*Non modifié*)

II (*nouveau*). – Dans le cadre du report d’un an de la protection sociale complémentaire au bénéfice des fonctionnaires hospitaliers mentionnés à l’article L. 5 du code général de la fonction publique au 1<sup>er</sup> janvier 2027, une évaluation prévisionnelle des coûts liés à cette mesure est menée, en complément des négociations nécessaires à la mise en œuvre d’une complémentaire santé adaptée aux besoins de la fonction publique hospitalière, afin de permettre une compensation intégrale du déploiement de cette mesure.

### **Article 24**

(*Supprimé*)

### **Articles 24 bis, 25, 25 bis et 26**

(*Suppression conforme*)

### **Article 26 bis**

I. – L’article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les produits de santé, les actes et les prestations prescrits par les médecins mentionnés au premier alinéa du présent article ne donnent pas 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. »

II. – Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2027.

### **Article 26 *ter***

Après le VIII de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, sont insérés des VIII *bis* et VIII *ter* ainsi rédigés :

« VIII *bis*. – Par dérogation au VIII, il peut être procédé à tout moment à l'adaptation de la hiérarchisation ou à la radiation d'un acte, d'une prestation ou d'un groupe d'actes ou de prestations lorsqu'il apparaît que leurs conditions de production ou de réalisation ont évolué de manière significative.

« Cette adaptation est engagée à la demande du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ou des conseils nationaux professionnels et des commissions compétentes pour chaque profession. La procédure applicable est définie par voie réglementaire.

« VIII *ter*. – Avant le 31 décembre de chaque année, un avenant à la convention mentionnée à l'article L. 162-5 est négocié afin de déterminer les tarifs afférents aux actes et aux prestations ayant fait l'objet d'une nouvelle hiérarchisation au cours de l'année. »

### **Article 26 *quater***

Le IX de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Si l'inscription d'un acte, d'une prestation, d'un ou de plusieurs groupes d'actes ou d'un ou de plusieurs groupes de prestations dans la liste établie ou sa révision n'a pas été traduite dans la convention mentionnée à l'article L. 162-5 dans un délai de six mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'évaluation technique permettant la hiérarchisation des actes et des prestations concernées dans les conditions prévues au présent article, leur prise en charge ou leur

remboursement est défini par voie réglementaire sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

## Article 27

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

1° A Au 5° du II de l'article L. 114-17-1, la référence : « L. 162-1-17, » est supprimée ;

1° B L'article L. 162-1-17 est abrogé ;

1° C À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-4, les mots : « et à l'article L. 162-23-15 ainsi que ceux inscrits aux contrats prévus à l'article L. 162-30-2 » sont remplacés par les mots : « et aux articles L. 162-23-13, L. 162-23-14 et L. 162-23-15 » ;

1° Après l'article L. 162-23-13-1, sont insérés des articles L. 162-23-14 et L. 162-23-14-1 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-23-14.* – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 sont intéressés financièrement à l'efficience et à la pertinence des soins qu'ils délivrent ou des prescriptions des professionnels de santé exerçant en leur sein.

« En fonction des résultats obtenus par les établissements au regard des objectifs fixés au niveau national ou régional, qui peuvent être exprimés en volume ou en taux d'évolution et qui sont mesurés à partir d'indicateurs relatifs à l'efficience et à la pertinence des soins et des prescriptions, le directeur général de l'agence régionale de santé peut leur :

« 1° Attribuer une dotation complémentaire calculée en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie ;

« 2° Appliquer une pénalité financière par la minoration des financements de l'assurance maladie auxquels ils sont éligibles, pour un montant ne pouvant excéder 2 % du total de ces financements.

« La décision du directeur général de l'agence régionale de santé tient compte, le cas échéant, des caractéristiques du territoire de santé mentionné à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement.

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article, notamment les catégories d'objectifs qui relèvent du niveau

national et celles qui relèvent du niveau régional, les modalités selon lesquelles le directeur général de l'agence régionale de santé arrête les objectifs régionaux ainsi que, selon les catégories d'objectifs, les modalités de détermination et de mise en œuvre des 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des objectifs nationaux et régionaux et celle des indicateurs permettant de mesurer les résultats des établissements. Il définit le dispositif d'incitation applicable à chacun de ces objectifs.

« *Art. L. 162-23-14-1.* – Si le directeur général de l'agence régionale de santé constate que les pratiques d'un établissement présentent un écart significatif, supérieur en nombre ou en taux d'évolution, d'actes, de prestations ou de prescriptions par rapport aux moyennes régionales ou nationales, il peut fixer à cet établissement, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, un objectif de volume ou d'évolution d'actes, de prestations ou de prescriptions annuel sur une période donnée.

« Au terme de cette période, si l'établissement réalise toujours un volume d'actes, de prescriptions ou de prestations supérieur à l'objectif fixé ou si leur évolution n'est pas conforme à l'évolution attendue, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire de santé mentionné à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement et après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, lui infliger la pénalité financière mentionnée à l'article L. 162-23-14 du présent code.

« La décision du directeur général de l'agence régionale de santé est prise après avis de l'organisme local d'assurance maladie et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie mentionnée à l'article L. 1432-4 du code de la santé publique.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. » ;

2<sup>o</sup> L'article L. 162-23-15 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-23-15.* – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> de l'article L. 162-22 peuvent être incités financièrement à la qualité et la sécurité des soins.

« En fonction des résultats obtenus, évalués à l'aide d'indicateurs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut leur attribuer une dotation complémentaire.

« Un décret en Conseil d’État précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire ainsi que les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis par chaque établissement.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins et leurs modalités d’évaluation. » ;

3° Les articles L. 162-30-2 et L. 162-30-4 sont abrogés ;

4° L’article L. 162-30-3 est ainsi modifié :

*a)* Le premier alinéa est supprimé ;

*b)* À la fin de la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « , précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant inclure un volet consacré à ce plan dans le contrat mentionné à l’article L. 162-30-2 » sont supprimés ;

*c)* Les trois derniers alinéas sont supprimés.

*I bis.* – (*Non modifié*)

II. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2026, à l’exception des 1° C et 3° et des *a* et *c* du 4° du I ainsi que du 2° de l’article L. 162-23-14 et du deuxième alinéa de l’article L. 162-23-14-1 du code de la sécurité sociale, qui entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2027.

### **Article 27 bis**

I. – Au début de la première phrase de l’article L. 313-23-3 du code de l’action sociale et des familles, les mots : « Lorsqu’il existe, pour l’une des catégories de professionnels mentionnés à l’article L. 313-23-4, un écart significatif entre le coût d’une mise à disposition d’un personnel par une société de travail temporaire et le coût de l’emploi d’un professionnel permanent, » sont supprimés.

II. – Au début de la première phrase du second alinéa de l’article L. 6146-3 du code de la santé publique, les mots : « Lorsqu’il existe, pour l’une des catégories de professionnels mentionnée au premier alinéa du présent article, un écart significatif entre le coût d’une mise à disposition d’un personnel par une entreprise de travail temporaire et le coût de l’emploi d’un professionnel permanent, » sont supprimés.

**27 ter**

*(Suppression conforme)*

**Article 28**

I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° A Au 13° du II de l'article L. 751-1, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « cinquième » ;

1° Le 2° de l'article L. 752-3 est complété par les mots : « , dans les conditions mentionnées à l'article L. 752-5 » ;

2° L'article L. 752-5 est ainsi modifié :

a) *(Supprimé)*

a bis) Après le 3°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les indemnités journalières sont servies, à l'expiration d'un délai déterminé par décret, pendant une période d'une durée maximale fixée par décret, calculée de date à date. Cette durée maximale ne peut être plus courte que la période mentionnée au 1° de l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale. Dans le cas d'une interruption suivie d'une reprise du travail, la période court à nouveau dès le jour où la reprise du travail a atteint au moins une durée minimale fixée par décret. » ;

b) L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « à l'expiration d'un délai, déterminé par décret, » sont supprimés ;

– le mot : « toute » est supprimé ;

– les mots : « qui précède » sont remplacés par les mots : « jusqu'à » ;

– les mots : « ou le décès » sont remplacés par les mots : « , soit le décès, soit l'expiration de la durée maximale mentionnée au cinquième alinéa du présent article au terme de laquelle l'incapacité est réputée permanente ».

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

1° Le 1° de l'article L. 162-4-1 est ainsi modifié :

*a)* Après la référence : « L. 321-1 », sont insérés les mots : « du présent code ou aux articles L. 732-4 ou L. 781-21 du code rural et de la pêche maritime » ;

*b)* Après le mot : « médical », sont insérés les mots : « et les motifs » ;

*c)* Sont ajoutés les mots : « ainsi que sa durée, qui ne peut excéder un plafond déterminé par décret en Conseil d’État, lequel plafond ne peut être inférieur à un mois pour une première prescription et à deux mois pour une prolongation de prescription » ;

*c bis)* Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Cette obligation s’applique également aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes lorsqu’ils prescrivent des arrêts de travail dans les conditions mentionnées au même article L. 321-1. » ;

*d)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ils peuvent déroger au plafond prévu au premier alinéa du présent 1° lorsqu’ils justifient, sur la prescription, de la nécessité d’une durée plus longue au regard de la situation du patient et en considération, lorsqu’elles existent, des recommandations établies par la Haute Autorité de santé ; »

2° L’article L. 162-4-4 est ainsi modifié :

*a)* Au premier alinéa, les mots : « ou par la sage-femme » sont remplacés par les mots : « , par la sage-femme ou par le chirurgien-dentiste » ;

*b)* Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

« La prolongation ne peut excéder un plafond déterminé par décret en Conseil d’État, lequel plafond ne peut être inférieur à deux mois.

« Le médecin prescripteur de l’arrêt initial, le médecin traitant, la sage-femme ou le chirurgien-dentiste peuvent déroger au plafond prévu au troisième alinéa du présent article lorsqu’ils justifient, sur la prescription, de la nécessité d’une durée plus longue au regard de la situation du patient, en considération, lorsqu’elles existent, des recommandations établies par la Haute Autorité de santé.

« Pour tout renouvellement d’arrêt de travail d’une durée supérieure à une durée fixée par décret, le prescripteur peut solliciter l’avis du service du contrôle médical mentionné à l’article L. 315-1. » ;

3° À l'article L. 321-1, les mots : « dans la limite de sa compétence professionnelle » sont remplacés par les mots : « ou le chirurgien-dentiste dans la limite de leur compétence professionnelle » ;

3° bis A À la fin du premier alinéa de l'article L. 321-2, le mot : « médecin » est remplacé par le mot : « prescripteur » ;

3° bis Au 3° de l'article L. 412-8, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « cinquième » ;

4° L'article L. 433-1 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « fériés », la fin du deuxième alinéa est remplacée par trois phrases ainsi rédigées : « L'indemnité journalière est servie pendant une période d'une durée maximale fixée par décret, calculée de date à date. Cette durée maximale ne peut être plus courte que la période mentionnée au 1° de l'article L. 323-1. 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. » ;

b) Après le même deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'indemnité journalière est payée pendant la période d'incapacité temporaire de travail jusqu'à soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure, soit le décès, soit l'expiration de la durée maximale mentionnée au deuxième alinéa au terme de laquelle l'incapacité est réputée permanente, ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2. » ;

c) Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « La durée maximale mentionnée au deuxième alinéa du présent article n'est pas applicable au versement de cette indemnité. »

II bis. – (Non modifié)

III. – (Supprimé)

IV. – L'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :

1° La référence : « L. 162-4-1, » est supprimée ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 162-4-1 du même code est applicable à Mayotte, à l'exception des mots : “ainsi que sa durée, qui ne peut excéder un plafond fixé par décret en Conseil d'État” et du dernier alinéa. »

V. – (*Non modifié*)

VI. – Le 1<sup>o</sup> et le b du 2<sup>o</sup> du II entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2026. Le I et le 4<sup>o</sup> du II s'appliquent aux victimes dont le sinistre est intervenu à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2027.

**Article 28 bis A**

(*Supprimé*)

**Article 28 bis**

L'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au Département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Au quatorzième alinéa, le mot : « et » est remplacé par le mot : « à » ;

2<sup>o</sup> Au dix-septième alinéa, la référence : « L. 323-5 » est remplacée par la référence : « L. 323-6 » ;

3<sup>o</sup> Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. »

**Article 28 ter**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> À l'article L. 321-1, les mots : « le travail » sont remplacés par les mots : « une activité professionnelle salariée ou non salariée quelconque » ;

2<sup>o</sup> À la première phrase de l'article L. 323-4-1, les mots : « trois mois » sont remplacés par les mots : « trente jours » ;

3<sup>o</sup> (*Supprimé*)

## **Article 29**

*(Suppression conforme)*

## **Article 30**

*(Conforme)*

## **Article 31**

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

1° Après le premier alinéa de l'article L. 1111-15, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Tout établissement, service ou organisme ou toute autre personne morale assurant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins doit mettre en place les mesures matérielles, organisationnelles et d'information des professionnels exerçant en son sein, définies par décret en Conseil d'État, permettant le respect par ces derniers des obligations de report dans le dossier médical partagé prévues au premier alinéa du présent article.

« Ils intègrent le respect des référentiels mentionnés à l'article L. 1470-5 dans les appels d'offres passés pour l'acquisition, le déploiement ou la mise à niveau d'un service numérique en santé. » ;

2° Après l'article L. 1111-15, sont insérés des articles L. 1111-15-1 à L. 1111-15-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 1111-15-1.* – En cas de manquement aux obligations de reporter des éléments dans le dossier médical partagé prévues au premier alinéa de l'article L. 1111-15, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent peut, sur le fondement des éléments constatés par l'organisme mentionnés à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, au regard des seuils de report définis par activité par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, prononcer une pénalité financière à l'encontre du professionnel de santé, après avoir mis ce dernier en mesure de présenter ses observations.

« Le montant maximal de la pénalité à l'encontre des professionnels de santé est fixé à 2 500 euros par manquement constaté, sans pouvoir excéder 10 000 euros par an.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement et du nombre de manquements imputables au même auteur déjà constatés durant une période déterminée.

« Si le manquement constaté est imputable à l'éditeur de services numérique en santé, la pénalité n'est pas applicable au professionnel de santé. L'éditeur est passible des sanctions prévues au III de l'article L. 1470-6 du présent code.

« *Art. L. 1111-15-2.* – En cas de manquement à l'obligation de mettre en place les mesures mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1111-15, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent peut prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un établissement, d'un service, d'un organisme ou d'une autre personne morale, après l'avoir mis en mesure de présenter ses observations.

« Le montant maximal de la pénalité à l'encontre d'un établissement, d'un service, d'un organisme ou d'une autre personne morale est fixé à 25 000 euros par manquement constaté, sans pouvoir excéder 100 000 euros par an. Il est calculé en fonction du volume d'activité.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement et du nombre de manquements imputables au même auteur déjà constatés durant une période déterminée.

« Si le manquement constaté est imputable à l'éditeur de services numérique en santé, la pénalité n'est pas applicable à l'établissement, au service, à l'organisme ou à une autre personne morale. L'éditeur est passible des sanctions prévues au III de l'article L. 1470-6.

« *Art. L. 1111-15-3.* – Les pénalités mentionnées aux articles L. 1111-15-1 et L. 1111-15-2 sont recouvrées par l'organisme local d'assurance maladie compétent. Les huitième et avant-dernier alinéas du I de l'article L. 114-17-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au recouvrement des pénalités. Le produit de celles-ci est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. La décision prononçant cette pénalité peut être contestée devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.

« Les modalités d'application des articles L. 1111-15-1 et L. 1111-15-2 et du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, notamment la nature des informations et les durées prises en compte, les règles et délais de procédure et les modes de calcul des pénalités financières. »

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

1° L'article L. 162-1-7-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, est ainsi modifié :

*a)* Au premier alinéa, les mots : « que celui-ci a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou » sont supprimés ;

*b)* Au deuxième alinéa, les mots : « s'il a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou » sont supprimés ;

*c)* Au troisième alinéa, les mots : « que le prescripteur n'a pas consulté préalablement le dossier médical partagé du patient ou » sont supprimés ;

2° Après l'article L. 162-1-7-5, il est inséré un article L. 162-1-7-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-7-6.* – Dans le respect des conditions d'accès définies aux articles L. 1111-16 à L. 1111-18 du code de la santé publique, le prescripteur consulte le dossier médical partagé du patient avant la prescription d'un produit de santé et de ses prestations associées, d'un acte inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ou d'un transport de patient, lorsqu'ils sont particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ou en cas de risque de mésusage. La liste des actes ou produits coûteux concernés est définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent peut, sur la base des éléments constatés par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1, prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un professionnel de santé, après avoir mis ce dernier en mesure de présenter ses observations, en cas de manquement à l'obligation de consulter le dossier médical partagé dans les cas mentionnés au premier alinéa du présent article.

« Le montant maximal de la pénalité à l'encontre des professionnels de santé est fixé à 2 500 euros par manquement constaté, sans pouvoir excéder 10 000 euros par an.

« La pénalité est recouvrée par l'organisme local d'assurance maladie compétent. Les huitième et avant-dernier alinéas du I de l'article L. 114-17-2 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Le produit de celle-ci est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. La décision prononçant cette pénalité peut être contestée devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.

« Les modalités d’application du présent article, notamment la nature des informations et les durées prises en compte, les règles et délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière, sont définies par décret en Conseil d’État. »

*II bis (nouveau).* – À la première phrase du cinquième alinéa de l’article L. 4624-8 du code du travail, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « cinquième ».

III. – Au premier alinéa de l’article 20-5-6 de l’ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l’amélioration de la santé publique, à l’assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence : « L. 162-1-7 », est insérée la référence : « , L. 162-1-7-6 ».

IV. – Le I du présent article entre en vigueur dans des conditions et à une date déterminées par décret en Conseil d’État, et au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2028.

Le 2<sup>o</sup> du II et le III entrent en vigueur dans des conditions et à une date déterminées par décret en Conseil d’État, et au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2028.

## Article 32

I. – A. – À titre expérimental, pour une durée maximale de trois ans à compter d’une date fixée par le décret mentionné au D du présent I, la nouvelle dispensation de certains médicaments non utilisés est, par dérogation aux articles L. 4211-2 et L. 4212-7 du code de la santé publique, autorisée dans les conditions prévues au présent I.

Seuls les établissements de santé mentionnés à l’article L. 6111-1 du code de la santé publique désignés par arrêté du ministre chargé de la santé peuvent participer à cette expérimentation.

B. – Les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé désignés en application du A du présent I assurent un conditionnement ainsi que des contrôles adaptés aux médicaments collectés aux fins de nouvelle dispensation, conformément aux bonnes pratiques mentionnées à l’article L. 5121-5 du code de la santé publique et aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière dont les principes sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

La nouvelle dispensation d’un médicament non utilisé ne peut intervenir qu’après que les patients recevant initialement le traitement concerné ont été

préalablement informés des modalités de cette nouvelle dispensation et sous réserve qu'ils ne s'y soient pas expressément opposés.

B *bis*. – Le présent I s'applique à l'ensemble des médicaments remboursables par l'assurance maladie qui peuvent être dispensés une nouvelle fois par une pharmacie à usage intérieur participant à l'expérimentation.

C. – Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de celle-ci afin, notamment, de déterminer l'opportunité et, le cas échéant, les conditions de sa généralisation.

D. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent I, notamment :

1° (*Supprimé*)

2° Les conditions de conditionnement, de collecte et de nouvelle dispensation des médicaments ;

3° Les modalités d'information et d'opposition des patients ;

4° Les obligations en matière de sécurité et de contrôle de ces médicaments applicables dans le cadre de leur nouvelle dispensation ;

5° La méthode de l'expérimentation, ses objectifs et les modalités de sa conduite et de son évaluation.

II. – Le code général de la propriété des personnes publiques est ainsi modifié :

1° L'article L. 3212-2 est complété par un 12° ainsi rédigé :

« 12° Les cessions de produits nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves acquis par l'établissement public mentionné à l'article L. 1413-1 du code de la santé publique, à la demande du ministre chargé de la santé en application de l'article L. 1413-4 du même code, dont la valeur unitaire n'excède pas un seuil fixé par décret, à des établissements publics de santé ou médico-sociaux, à des établissements publics de l'État, à des collectivités territoriales, à leurs groupements et à leurs établissements publics ou à des catégories d'organismes ou de structures chargés d'une mission de service public et figurant sur une liste fixée par décret. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession à titre onéreux des produits ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice du présent 12°. Les cessions ne

peuvent avoir pour effet de diminuer la capacité des pouvoirs publics à mobiliser les moyens sanitaires nécessaires pour assurer la protection des populations face aux menaces sanitaires graves. » ;

2° (nouveau) La vingt-neuvième ligne du tableau du second alinéa de l'article L. 5511-4 et la vingt-cinquième ligne du tableau du second alinéa de l'article L. 5711-2 sont ainsi rédigées :

« 

L. 3212-2	Résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2026
-----------	---

 »

### III. – (Non modifié)

## Article 33

I. – L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – Le dernier alinéa du III est ainsi modifié :

1° Après le mot : « génériques », sont insérés les mots : « ou hybrides » ;

2° Les mots : « à compter de deux ans suivant » sont remplacés par les mots : « un an après » ;

3° Après le mot : « générique », sont insérés les mots : « ou hybride » ;

B. – Le V est ainsi rédigé :

« V. – La base de remboursement des frais exposés par l'assuré au titre d'une spécialité appartenant à un groupe biologique similaire mentionné au b du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa du 2° de l'article L. 5125-23-2 du même code, délivrée par le pharmacien d'officine ou par une pharmacie à usage intérieur en application du 1° de l'article L. 5126-6 dudit code, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les médicaments biologiques similaires appartenant au groupe biologique similaire concerné, lorsque le pharmacien délivre un médicament biologique :

« 1° Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe biologique similaire mentionné à l'article L. 5121-1 du même code ;

« 2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe biologique similaire.

« Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie.

« Le pharmacien propose au patient, le cas échéant par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les médicaments biologiques similaires appartenant au groupe biologique similaire concerné.

« Pour l'application du présent V, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 sont prises en compte.

« Pour les groupes biologiques similaires, la limitation de la base de remboursement mentionnée au présent V s'applique deux ans après la publication au *Journal officiel* ou, le cas échéant, au *Bulletin officiel des produits de santé* du prix du premier médicament biologique similaire du groupe.

« Le présent V n'est pas applicable lorsque le prescripteur a exclu, sur justification médicale, la possibilité de substitution conformément au 4° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique. »

II. – (*Non modifié*)

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

1° Au second alinéa de l'article L. 5121-1-2, les références : « , 14°, 15° » sont supprimées ;

2° (*Supprimé*)

IV et V. – (*Non modifiés*)

## **Article 34**

I. – (*Supprimé*)

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

1° à 3° (*Supprimés*)

4° Au 6° du II de l'article L. 162-16-4, les mots : « européens présentant une taille totale de marché comparable » sont remplacés par les mots : « présentant des caractéristiques de marché comparables » ;

5° à 17° (*Supprimés*)

18° À l'article L. 165-2, les mots : « pays européens présentant une taille totale de marché comparable » sont remplacés par les mots : « pays présentant des caractéristiques de marché comparables » ;

19° à 21° (*Supprimés*)

III et IV. – (*Supprimés*)

V à VII. – (*Non modifiés*)

### **Article 34 bis**

(*Conforme*)

### **Article 35**

(*Suppression conforme*)

### **Article 35 bis**

(*Supprimé*)

### **Article 36**

I. – (*Non modifié*)

II. – Par dérogation au I de l'article L. 314-2-4 du code de l'action sociale et des familles, pendant une période transitoire ne pouvant excéder huit ans, la part principale de la dotation globale de financement des établissements et des services mentionnés au même article L. 314-2-4 est déterminée chaque année en fonction, d'une part, du montant de cette part versée au titre de l'année précédente et, d'autre part, du montant de la part principale qui résulterait de l'application dudit article L. 314-2-4.

Les modalités d’application du premier alinéa du présent II, notamment la durée de la période transitoire et la formule de modulation appliquée pendant cette période, sont précisées par décret en Conseil d’État.

Pour 2027, la valeur de la part principale retenue au titre de l’année précédente est calculée à partir des informations mentionnées au V du présent article.

III à V. – (*Non modifiés*)

### **Article 36 bis**

I. – Le code de l’action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L’article L. 312-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du I de l’article L. 312-1 ont l’obligation de fournir les données requises par les services numériques en santé mentionnés à l’article L. 1470-1 du code de la santé publique. La liste des services numériques en santé concernés est fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées. » ;

2° L’article L. 313-14-2 est ainsi modifié :

a) Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Des produits de la tarification indûment perçus. » ;

b) Le dernier alinéa est complété par les mots : « et à l’article L. 313-14-4 » ;

3° Après l’article L. 313-14-3, il est inséré un article L. 313-14-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-14-4.* – Sans préjudice de l’application de l’article L. 313-14-2, l’autorité de tarification peut prononcer une sanction financière à l’encontre d’une personne morale ou physique gestionnaire d’un établissement mentionné aux I et II de l’article L. 313-12 ou d’un service mentionné à l’article L. 313-1-3 en cas de manquement délibéré ou de manœuvres frauduleuses dans la communication des données nécessaires à la détermination du montant des financements alloués à cet établissement ou à ce service en application des articles L. 314-2 ou L. 314-2-1, en vue d’en obtenir indûment le versement.

« L'autorité de tarification notifie à la personne gestionnaire les manquements et les faits de nature à justifier l'engagement de la procédure de sanction ainsi que la sanction financière encourue. Elle informe la personne de la possibilité de présenter ses observations, écrites ou orales, dans un délai qui ne peut être inférieur à trente jours. À l'expiration du délai fixé, l'autorité de tarification peut prononcer une sanction financière.

« Pour les établissements mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12, la commission mentionnée à l'article L. 314-9 est consultée lorsque la procédure de sanction est ouverte à la suite d'un désaccord entre la personne morale ou physique gestionnaire et l'autorité de tarification portant sur l'évaluation du niveau de perte d'autonomie, l'évaluation des besoins en soins requis par les résidents ou les données médicales concourant aux résultats de ces évaluations. Le cas échéant, le directeur général de l'agence régionale de santé ou le président du conseil départemental motivent leur décision de ne pas suivre l'avis de la commission.

« Le contrôle de la régularité des données transmises au titre de la tarification peut intervenir dans un délai de cinq ans à compter de leur transmission, y compris lorsque les évaluations de la perte d'autonomie ou des besoins en soins requis ont été initialement validées en application des deux premiers alinéas du même article L. 314-9.

« Le montant de la sanction financière ne peut excéder 25 % de l'écart constaté entre le montant indûment perçu à la suite manquement délibéré ou des manœuvres frauduleuses mentionnés au premier alinéa du présent article et le montant des financements que l'établissement ou le service aurait dû percevoir en application des articles L. 314-2 ou L. 314-2-1.

« Cette sanction financière n'est pas cumulable avec la sanction prévue au III de l'article L. 313-14.

« Cette sanction financière est versée et recouvrée dans les conditions prévues au IV du même article L. 313-14.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. » ;

4° L'article L. 314-15 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 314-15.* – Constitue un manquement passible d'une amende administrative, dont le montant ne peut excéder 5 000 € pour une personne physique ou morale, le fait de ne pas fournir les données requises par les

services numériques en santé en méconnaissance de l’obligation mentionnée au dernier alinéa de l’article L. 312-9.

« Les manquements sont constatés par les agents de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie et de l’agence régionale de santé dans des conditions prévues par décret. Lorsque les manquements persistent à la suite d’une procédure de mise en demeure, l’amende est prononcée. Son montant tient compte du caractère réitéré des manquements.

« Les amendes administratives mentionnées au premier alinéa du présent article sont versées au Trésor public ou, lorsque l’établissement ou le service concerné relève de l’objectif mentionné à l’article L. 314-3-1, à la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie. Elles sont recouvrées comme les créances de l’État étrangères à l’impôt et au domaine.

« Elles ne peuvent être prises en charge, sous quelque forme que ce soit, par des financements publics définis à l’article L. 313-1-1. »

II. – Le 1<sup>o</sup>, le b du 2<sup>o</sup> et les 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> du I entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2028.

### **Article 36 *ter***

*(Conforme)*

### **Article 37**

Le II de l’article 43 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est remplacé par des II et III ainsi rédigés :

« II. – Afin de contribuer au financement du coût des mesures de revalorisations salariales, dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux à but non lucratif accueillant des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, résultant de l’accord de branche du 4 juin 2024 relatif à l’extension du Ségur dans le cadre de la politique salariale en lien avec la négociation sur la convention collective unique étendue dans le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif, agréé par un arrêté du 25 juin 2024 dans les conditions mentionnées à l’article L. 314-6 du code de l’action sociale et des familles, la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie verse aux départements une aide forfaitaire annuelle de 85 millions d’euros. Les modalités de la répartition de cette aide entre départements, qui tient compte du nombre de places et des

taux d'encadrement par les personnels concernés par lesdites mesures de revalorisations salariales dans ces établissements et services, sont précisées par décret.

« III. – A. – Le I du présent article est applicable à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2021.

« B. – Le II est applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025. »

### **Article 37 bis**

Le 3<sup>o</sup> de l'article L. 223-11 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> La seconde phrase est supprimée ;

2<sup>o</sup> Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le calcul de ce coefficient prend en compte, en particulier, les conséquences de la faiblesse des revenus des bénéficiaires sur la capacité de ces collectivités à financer la charge additionnelle qui en résulte. »

### **Article 38**

*(Suppression conforme)*

### **Article 39**

I. – L'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Le cinquième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations syndicales de salariés et d'employeurs représentatives au niveau national, détermine les modalités générales d'établissement du diagnostic de ces maladies, qui tiennent compte des données acquises de la science. » ;

1<sup>o</sup> *bis* Après le même cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si seule la condition tenant au délai de prise en charge n'est pas remplie, la maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut 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'impose à la caisse. » ;

2° Au sixième alinéa, après le mot : « une », sont insérés les mots : « condition tenant à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux » ;

3° Le septième alinéa est ainsi modifié :

a) Après le mot : « permanente », il est inséré le mot : « professionnelle » ;

b) Les mots : « à l'article L. 434-2 » sont remplacés par les mots : « au deuxième alinéa de l'article L. 434-1 A » ;

4° (*Supprimé*)

5° (*nouveau*) À la première phrase du dernier alinéa, le mot : « septième » est remplacé par le mot : « huitième ».

II. – Le 1° du I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 30 septembre 2026. Les 1° bis, 2° et 5° du même I entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2027. Le 3° dudit I entre en vigueur à la date fixée en application du V de l'article 90 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, dans sa rédaction résultant de l'article 39 *ter* de la présente loi.

### **Article 39 bis**

(*Supprimé*)

### **Article 39 ter**

I et II. – (*Non modifiés*)

III. – Le II s'applique aux pensions prenant effet à compter de la date fixée en application du V de l'article 90 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, dans sa rédaction résultant du I du présent article.

## **Article 40**

I. – Le premier alinéa de l'article L. 732-9-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « , y compris lorsque le décès survient à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie

professionnelle. Ce capital décès est également versé aux ayants droit d'un assuré ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime des non-salariés agricoles définie par décret et titulaire, au cours des trois mois précédant son décès, de l'une des prestations d'invalidité mentionnées à l'article L. 732-8 ou d'une rente mentionnée à l'article L. 752-6 associée à un taux d'incapacité permanente supérieur à un taux fixé par décret. »

II. – (*Non modifié*)

**Article 41**

(*Conforme*)

**Article 42**

I et II. – (*Non modifiés*)

III. – L'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa du 1° est supprimé ;

2° Le 3° est complété par un *d* ainsi rédigé :

« *d*) Congé de solidarité familiale ; »

3° Après le même 3°, sont insérés des 4° et 5° ainsi rédigés :

« 4° Dans les cas où le fonctionnaire civil ou le magistrat est en activité et bénéficie :

« *a*) De l'un des congés de formation mentionnés aux articles L. 214-1, L. 215-1 et L. 422-1 du code général de la fonction publique ;

« *b*) De l'un des congés liés aux responsabilités parentales ou familiales mentionnés aux chapitres I<sup>er</sup>, III et IV du titre III du livre VI du même code ;

« *c*) De l'un des congés liés à des activités civiques mentionnés au titre IV du même livre VI ;

« *d*) De l'un des congés ou du travail à temps partiel pour raison de santé, accidents de services et maladies professionnelles mentionnés aux chapitres II et III du titre II du livre VIII dudit code ;

« e) De l'un des congés prévus aux articles L. 621-1 et L. 651-1 du même code ;

« 5° En cas de détachement hors de son corps ou cadre d'emplois d'origine, dans les conditions prévues à l'article L. 513-1 du même code. » ;

4° Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« En ce qui concerne les fonctionnaires civils, hormis les positions mentionnées aux 1° à 5° du présent article, le temps passé dans une position ne comportant pas l'accomplissement de services effectifs n'est compté comme service effectif que dans la limite de cinq ans et sous réserve que les bénéficiaires subissent pendant ce temps, sur leur dernier traitement d'activité, les retenues prescrites par le présent code.

« Les modalités de prise en compte des périodes mentionnées aux 1°, 3° et 4° sont précisées par décret en Conseil d'État. »

#### IV. – (*Non modifié*)

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

1° Au b du 1° du II de l'article L. 136-8, les mots : « de l'enfant » sont remplacés par les mots : « et de l'adoption de l'enfant et du congé supplémentaire de naissance » ;

2° L'article L. 168-7 est ainsi modifié :

a) Le 1° est complété par les mots : « ou du congé supplémentaire de naissance » ;

b) Au 2°, après la référence : « L. 623-1 », est insérée la référence : « , L. 623-2 » ;

3° L'article L. 168-10 est ainsi modifié :

a) Le 1° est complété par les mots : « ou du congé supplémentaire de naissance » ;

b) Au 2°, après la référence : « L. 623-1 », est insérée la référence : « , L. 623-2 » ;

4° L'article L. 223-1 est ainsi modifié :

a) Le 6° est complété par un d ainsi rédigé :

« *d)* De la totalité du montant des indemnités versées dans les conditions prévues aux articles L. 331-8-1 et L. 623-2 du présent code et à l'article L. 732-12-1-1 du code rural et de la pêche maritime ; »

*b)* Le 7° est ainsi modifié :

– après le mot : « *salariales* », sont insérés les mots : « *due aux ouvriers de l'État, aux magistrats de l'ordre judiciaire, aux militaires et aux fonctionnaires relevant des employeurs mentionnés à l'article L. 2 du code général de la fonction publique* » ;

– après le mot : « *enfant* », sont insérés les mots : « , du congé supplémentaire de naissance » ;

– les mots : « *code général de la fonction publique* » sont remplacés par les mots : « *même code* » ;

*c)* Au 8°, les mots : « *de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau* » sont remplacés par les mots : « *de la société nationale SNCF et de ses filiales et groupements d'intérêt économique relevant du I de l'article L. 2101-2 du code des transports* » et, après le mot : « *enfant* », sont insérés les mots : « , du congé supplémentaire de naissance » ;

5° Le titre III du livre III est ainsi modifié :

*a)* L'intitulé est ainsi rédigé : « *Assurance maternité, congé de paternité et d'accueil de l'enfant et congé supplémentaire de naissance* » ;

*b)* Au 3° de l'article L. 330-1, les mots : « *et L. 331-9* » sont remplacés par les mots : « , L. 331-8-2 et L. 331-9 » ;

*c)* À la fin de l'intitulé du chapitre I<sup>er</sup>, les mots : « *et au congé de paternité et d'accueil de l'enfant* » sont remplacés par les mots : « , au congé de paternité et d'accueil de l'enfant et au congé supplémentaire de naissance » ;

*d)* Après la section 4 du même chapitre I<sup>er</sup>, est insérée une section 4 *bis* ainsi rédigée :

« *Section 4 bis*

« ***Congé supplémentaire de naissance***

« *Art. L. 331-8-1. – Lorsque l'assuré bénéficie du congé supplémentaire de naissance dans les conditions prévues à l'article L. 1225-46-2 du code du travail, il reçoit, pendant la durée de ce congé, une indemnité journalière, à*

condition de cesser tout travail salarié durant la période d’indemnisation et de remplir les conditions fixées aux I et II de l’article L. 313-1 du présent code.

« Le montant de cette indemnité, qui correspond 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, est déterminé par un décret en Conseil d’État. Ce montant peut être rendu dégressif entre le premier et le second mois de ce congé.

« *Art. L. 331-8-2.* – L’indemnité journalière mentionnée à l’article L. 331-8-1 ne peut être cumulée avec les dispositifs suivants :

« 1° L’indemnité journalière mentionnée à l’article L. 321-1 ;

« 2° Les indemnités journalières mentionnées aux articles L. 331-3 à L. 331-9 ;

« 3° Les indemnités journalières versées en cas d’accident du travail et de maladies professionnelles mentionnées à l’article L. 433-1 ;

« 4° Les indemnités servies aux demandeurs d’emploi par l’assurance chômage ou le régime de solidarité. » ;

*e)* À la fin du 2° de l’article L. 331-9, les mots : « ou d’adoption » sont remplacés par les mots : «, d’adoption ou du congé supplémentaire de naissance » ;

*f)* L’article L. 333-3 est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° L’indemnité journalière mentionnée à l’article L. 331-8-1 du présent code. » ;

6° Au 1° de l’article L. 351-3, après le mot : « travail », sont insérés les mots : « ou du congé supplémentaire de naissance » ;

7° Le premier alinéa de l’article L. 531-9 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il n’est pas non plus cumulable avec l’indemnité journalière mentionnée aux articles L. 331-8-1 et L. 623-2 du présent code et à l’article L. 732-12-1-1 du code rural et de la pêche maritime lorsque ces prestations sont versées au titre du même enfant. » ;

8° Le II de l’article L. 532-2 est ainsi modifié :

*a)* Le 1° est complété par les mots : « ou du congé supplémentaire de naissance » ;

*b)* Au 2°, après la référence : « L. 623-1 », est insérée la référence : « , L. 623-2 » ;

9° L'article L. 544-9 est ainsi modifié :

*a)* Le 1° est complété par les mots : « ou du congé supplémentaire de naissance » ;

*b)* Au 2°, après la référence : « L. 623-1 », est insérée la référence : « , L. 623-2 » ;

10° Le chapitre III du titre II du livre VI est ainsi modifié :

*a)* L'intitulé est complété par les mots : « et indemnités journalières supplémentaires de naissance » ;

*b)* L'article L. 623-2 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 623-2.* – La mère, le père et, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou son concubin ainsi que les parents adoptifs ou accueillants auxquels s'applique le présent titre bénéficient, sur leur demande, d'indemnités journalières supplémentaires de naissance lorsqu'ils cessent d'exercer leur activité ou ne la reprennent pas à l'expiration des durées minimales mentionnées à l'article L. 623-1. Ces indemnités sont versées pour la durée mentionnée à l'article L. 331-8-1, à condition de ne pas reprendre cette activité pendant la durée d'indemnisation.

« Les montants des prestations sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées pour le plafond prévu à l'article L. 241-3.

« Un décret détermine les conditions d'application du présent article, notamment le montant de l'indemnité journalière forfaitaire et la période pendant laquelle la cessation d'activité peut avoir lieu. »

VI. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° Le chapitre V du titre II du livre II de la première partie est ainsi modifié :

*a)* Après l'article L. 1225-4-4, il est inséré un article L. 1225-4-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1225-4-5.* – Aucun employeur ne peut rompre le contrat de travail d'un salarié pendant un congé supplémentaire de naissance mentionné à l'article L. 1225-46-2.

« Toutefois, l'employeur peut rompre le contrat s'il justifie d'une faute grave de l'intéressé ou de son impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à la naissance ou à l'arrivée de l'enfant. » ;

b) À l'article L. 1225-6, après la référence : « L. 1225-4-3 », est insérée la référence : « , L. 1225-4-5 » ;

c) Après la section 3, est insérée une section 3 *bis* ainsi rédigée :

« *Section 3 bis*

« ***Congé supplémentaire de naissance***

« *Art. L. 1225-46-2. – Le salarié qui a bénéficié, en application du présent chapitre, d'un congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption bénéficie, après avoir épuisé ce droit à congé, d'un congé supplémentaire de naissance.*

« Toutefois, la condition d'avoir épuisé son droit à congé ne s'applique pas au salarié qui n'a pas exercé tout ou partie de ce droit faute de pouvoir bénéficier des indemnités et allocations versées dans les conditions prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-8 du code de la sécurité sociale ou par d'autres dispositions législatives ou réglementaires.

« Le congé supplémentaire de naissance entraîne la suspension du contrat de travail.

« La durée de ce congé est soit d'un mois, soit de deux mois, au choix du salarié. Ce congé peut être fractionné en deux périodes d'un mois chacune, selon des modalités définies par décret.

« Le délai de prévenance de l'employeur quant à la date de prise du congé et à sa durée et le délai dans lequel les jours de congé sont pris sont fixés par décret. Le délai de prévenance, qui peut être réduit lorsque le congé est pris immédiatement après le congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou le congé d'adoption, est compris entre quinze jours et un mois. La fixation du délai dans lequel le congé peut être pris tient compte de l'augmentation de la durée des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant et d'adoption en application des articles L. 1225-17 à L. 1225-22 du présent code ou d'une convention ou d'un accord collectif de travail.

« *Art. L. 1225-46-3. – La durée du congé supplémentaire de naissance est assimilée à une période de travail effectif pour la détermination des droits que le salarié tient de son ancienneté.*

« Le salarié conserve le bénéfice de tous les avantages qu'il avait acquis avant le début du congé.

« *Art. L. 1225-46-4.* – Le salarié ne peut exercer aucune autre activité professionnelle pendant la durée du congé.

« *Art. L. 1225-46-5.* – En cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du foyer, le salarié a le droit de reprendre son activité avant le terme prévu du congé supplémentaire de naissance.

« *Art. L. 1225-46-6.* – À l'issue du congé supplémentaire de naissance, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

« *Art. L. 1225-46-7.* – Le salarié qui reprend son activité initiale à l'issue du congé supplémentaire de naissance a droit à l'entretien professionnel mentionné au I de l'article L. 6315-1, si cet entretien n'a pas déjà été réalisé à l'issue des congés de maternité ou d'adoption. » ;

2° La première phrase de l'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 6315-1 est ainsi modifiée :

a) Les mots : « d'un congé de maternité » sont remplacés par les mots : « des congés de maternité et d'adoption ou, le cas échéant, à l'issue d'un congé supplémentaire de naissance » ;

b) Les mots : « d'un congé d'adoption, » sont supprimés ;

3° Aux articles L. 6323-12, L. 6323-28 et L. 6323-35, après le mot : « adoption, », sont insérés les mots : « d'un congé supplémentaire de naissance, ».

## VII à IX. – (*Non modifiés*)

X. – Le présent article est applicable pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026 ainsi que pour les enfants nés avant cette date dont la naissance était censée intervenir à compter de cette date.

## **Articles 42 bis et 42 ter**

(*Supprimés*)

### **Article 42 *quater***

*(Conforme)*

### **Article 42 *quinquies***

I et II. – *(Non modifiés)*

III. – Le I du présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2027.

## **Article 43**

I. – *(Non modifié)*

II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Au 2° du II de l'article L. 254-1, les mots : « premier alinéa du V » sont remplacés par les mots : « troisième alinéa » ;

2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 411-64, la référence : « V » est remplacée par les mots : « troisième alinéa » ;

3° L'article L. 732-39, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement pour la sécurité sociale pour 2025, est ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-39.* – Le service d'une pension de vieillesse liquidée au titre du régime institué au présent chapitre est subordonné à la cessation définitive de l'activité non salariée agricole.

« La condition mentionnée au premier alinéa est remplie lorsque la cessation d'activité intervient dans un délai courant à compter de la prise d'effet de la pension et déterminé par décret.

« Le service d'une pension de retraite liquidée au titre du régime institué au présent chapitre est suspendu lorsque l'assuré reprend une activité de mandataire social en qualité de salarié assimilé mentionnée aux 8° ou 9° de l'article L. 722-20, dans des conditions fixées par décret.

« Le présent article n'est pas applicable lorsque l'assuré reprend ou poursuit :

« 1° Une activité donnant lieu à affiliation au régime de protection sociale des non-salariés agricoles sur le fondement du 2° du I de l'article

L. 722-5 ou par application de coefficients d'équivalence fixés pour les productions hors sol mentionnés au 1° du même I ;

« 2° La mise en valeur d'une superficie inférieure à celle fixée par l'arrêté mentionné à l'article L. 722-5-1, dans la limite maximale des deux cinquièmes de la surface minimale d'assujettissement ;

« 3° Une activité de bailleurs de biens ruraux faisant l'objet de baux à métayage mentionnés à l'article L. 722-7-1 ;

« 4° Une activité d'arrachage définitif avec extirpation des racines maîtresses de la parcelle, exercée dans des conditions et pendant une durée maximale prévues par décret.

« Le présent article n'est pas non plus applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 321-5 et au 2° de l'article L. 722-10. » ;

4° Les deux derniers alinéas de l'article L. 732-40, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 précitée, sont supprimés ;

5° L'article L. 781-29 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, les articles L. 732-39 et L. 732-40, dans leur rédaction résultant de la loi n° de financement de la sécurité sociale pour 2026, sont applicables aux assurés qui entrent en jouissance de leur première pension servie au titre du régime des non-salariés des professions agricoles à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2027. »

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

1° L'article L. 161-17 est ainsi modifié :

a) La première phrase du second alinéa du III est ainsi modifiée :

– après le mot : « obligatoires », sont insérés les mots : « , de base et complémentaires, » ;

– sont ajoutés les mots : « , à l'exclusion des nouveaux droits acquis au titre de l'article L. 161-22-1-1 ou de dispositions équivalentes applicables par les régimes de retraite complémentaires » ;

b) La seconde phrase du même second alinéa est supprimée ;

c) Le III est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L’assuré bénéficie d’un service en ligne lui donnant accès à tout moment à son relevé actualisé, l’informant sur les régimes dont il relève et lui permettant de réaliser certaines démarches administratives et d’échanger avec les régimes concernés des documents dématérialisés. » ;

d) Après la première phrase du IV, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Cette estimation ne concerne pas les nouveaux droits acquis au titre de l’article L. 161-22-1-1 ou de dispositions équivalentes applicables par les régimes de retraite complémentaires. » ;

2° L’article L. 161-22 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-22. – I. – A.* – Le service d’une pension de vieillesse liquidée au titre d’un régime de retraite de base légalement obligatoire et dont l’entrée en jouissance intervient à compter d’un âge fixé par décret est subordonné :

« 1° Pour les assurés exerçant une activité salariée, à la rupture du lien professionnel avec l’employeur ;

« 2° Pour les assurés relevant du régime d’assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles, à la cessation de l’activité non salariée agricole dans les conditions prévues aux articles L. 732-39 et L. 732-40 du code rural et de la pêche maritime ;

« 3° Pour les fonctionnaires civils et militaires, à la radiation des cadres prévue à l’article L. 3 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

« B. – La condition prévue au 1° du A du présent I n’est pas applicable aux assurés exerçant une des activités définies par décret en Conseil d’État et correspondant :

« 1° À des activités dont la nature ou le caractère accessoire ne permet ou ne justifie pas une rupture du lien avec l’employeur à la date de l’entrée en jouissance de la pension ;

« 2° À des activités pour lesquelles l’assuré est logé par son employeur ;

« 3° À des activités pour lesquelles il existe des difficultés de recrutement ;

« 4° À des activités d’intérêt général ou concourant à un service public.

« II. – Le service d’une pension de retraite personnelle liquidée au titre d’un régime d’assurance vieillesse de base est suspendu lorsque l’assuré :

« 1° Reprend une activité non salariée agricole mentionnée au 2° du A du I ;

« 1° bis (nouveau) Reprend une activité de mandataire social en qualité de salarié assimilé mentionnée aux 8° ou 9° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, dans des conditions fixées par décret ;

« 2° Après avoir atteint l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 du présent code, reprend ou poursuit une activité sans être entré en jouissance de ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé.

« Pour l'application du présent 2°, la pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut demander l'entrée en jouissance de cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celle-ci prend fin.

« Le présent 2° n'est pas applicable à la pension servie par un des régimes mentionnés aux 1° à 5° de l'article L. 161-22-1-2 aux assurés mentionnés aux mêmes 1° à 5°.

« III. – A. – Une pension de vieillesse personnelle servie au titre d'un régime légal ou rendu légalement obligatoire, de base ou complémentaire, peut être cumulée avec une activité professionnelle dans les conditions suivantes :

« 1° Lorsque l'âge de l'assuré est inférieur à l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2, la pension servie est réduite à due concurrence des revenus professionnels et de remplacement ;

« 2° Lorsque l'âge de l'assuré est au moins égal à l'âge mentionné au même article L. 161-17-2 et inférieur à celui prévu au 1° de l'article L. 351-8 et que les revenus professionnels et de remplacement excèdent un seuil fixé par décret, la pension servie est réduite à due concurrence de la moitié du dépassement de ce seuil ;

« 3° Lorsque l'âge de l'assuré est au moins égal à l'âge mentionné au même 1°, la pension peut être entièrement cumulée avec les revenus professionnels et de remplacement.

« Pour l'assuré mentionné aux 1° et 2° du présent A qui perçoit des pensions de vieillesse de droits propres servies par plusieurs régimes de

retraite de base et complémentaires, un décret détermine les modalités selon lesquelles la réduction mentionnée aux mêmes 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> est imputée à chaque pension en fonction des montants des pensions versées par chaque régime. Cette réduction est appliquée, par priorité, sur les pensions versées par les régimes de retraite de base. La somme des réductions imputée sur chaque pension ne peut excéder la réduction mentionnée auxdits 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>.

« Les revenus de remplacement pris en compte pour l'application du présent A sont les indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1, l'indemnité complémentaire mentionnée à l'article L. 1226-1 du code du travail, les indemnités prévues au titre II du livre IV de la cinquième partie du même code ainsi que les dispositions légales et réglementaires ayant le même objet déterminées par décret.

« Lorsqu'un assuré reprend ou poursuit une activité non salariée, un décret détermine les conditions dans lesquelles sont appréciés ses revenus professionnels perçus l'année au cours de laquelle a pris effet sa pension.

« B. – Les revenus professionnels et de remplacement perçus à l'occasion de l'exercice d'une activité d'intérêt général ou concourant à un service public ne sont pas pris en compte pour l'application du A du présent III, selon des conditions d'âge, de durée, de plafond ou de lieu d'exercice de l'activité professionnelle fixées par décret en Conseil d'État.

« C. – Par dérogation au A du présent III, peuvent cumuler entièrement leur pension avec les revenus professionnels et de remplacement :

« 1<sup>o</sup> Les assurés mentionnés aux 1<sup>o</sup> à 5<sup>o</sup> de l'article L. 161-22-1-2 dont la pension est servie par ces mêmes régimes ;

« 2<sup>o</sup> Les fonctionnaires mentionnés à l'article L. 414-4 du code général de la fonction publique s'agissant des revenus perçus à l'occasion de l'exercice d'une activité mentionnée à l'article L. 611-1 du code de la sécurité intérieure, lorsque la pension est servie par le régime de la fonction publique de l'État.

« D. – Les caisses, organismes ou services chargés du recouvrement des sommes correspondant à la réduction prévue au A du présent III ainsi que les modalités de ce recouvrement sont déterminés par décret.

« E. – Lorsque l'assuré mentionné aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> du A du présent III reprend ou poursuit une activité relevant de l'article L. 611-1, il en informe la caisse compétente.

« IV. – Le présent article n'est pas applicable à l'assuré qui fait la demande ou qui bénéficie d'une pension au titre d'une retraite progressive prévue par des dispositions législatives ou réglementaires, dont les articles L. 161-22-1-5 du présent code et L. 89 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite.

« V. – Sauf disposition contraire, les dispositions d'application du présent article sont prises par décret. » ;

3° Le 2° de l'article L. 161-22-1 est ainsi rédigé :

« 2° Aux assurés remplissant les conditions leur permettant de cumuler entièrement le service de leur pension et les revenus tirés de l'exercice d'une activité professionnelle, définies au 3° du A du III de l'article L. 161-22. » ;

4° Le dernier alinéa de l'article L. 161-22-1-1 est supprimé ;

5° L'article L. 161-22-1-2 est complété par des 4° et 5° ainsi rédigés :

« 4° Des titulaires d'une pension militaire prévue à l'article L. 6 du code des pensions civiles et militaires de retraite ;

« 5° Des titulaires de pensions civiles et militaires ou d'une solde de réforme allouées pour invalidité. » ;

6° L'article L. 161-22-1-4 est ainsi modifié :

a) Le début de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigé : « L'application du 2° du II ainsi que des 1° et 2° du A du III de l'article L. 161-22 peut être suspendue par décret... (*le reste sans changement*). » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « règles de plafond, de seuil ou de délai minimal de reprise d'activité, » sont remplacés par le mot : « dispositions » ;

7° Les articles L. 634-6, L. 643-6 et L. 653-7 sont abrogés ;

8° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 642-4-2, les mots : « remplissant les conditions prévues aux troisième à avant-dernier alinéas de l'article L. 643-6 » sont remplacés par les mots : « relevant du 3° du A du III de l'article L. 161-22 » ;

9° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 645-2, la référence : « L. 643-6 » est remplacée par la référence : « L. 161-22 ».

IV. – L'article L. 5552-38 du code des transports est ainsi modifié :

1° À la fin du premier alinéa, les mots : « dispositions du titre III du livre II du code des pensions civiles et militaires de retraite » sont remplacés par les mots : « articles L. 161-22 à L. 161-22-1-4 du code de la sécurité sociale » ;

2° Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au C du III de l'article L. 161-22 du même code, lorsque le titulaire d'une pension du régime de l'assurance vieillesse des marins perçoit des revenus d'activité, à compter de la liquidation de cette pension et que ces revenus proviennent de l'un des employeurs mentionnés à l'article L. 86-1 du code des pensions civiles et militaires de retraite, le cumul de cette pension et des revenus d'activité est autorisé dans les conditions définies à l'article L. 86 du même code. » ;

3° Le second alinéa est ainsi modifié :

a) Au début, les mots : « Toutefois, le » sont remplacés par les mots : « Le deuxième alinéa du présent article n'est pas applicable au » ;

b) Après le mot : « réglementaire », la fin est supprimée.

V. – Le *e bis* du 1° de l'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est ainsi rédigé :

« *e bis* ) L'article L. 161-22 est ainsi modifié :

« – au premier alinéa du A du I, les mots : “d'un régime de retraite de base légalement obligatoire” sont remplacés par les mots : “du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon” ;

« – les 2° et 3° du A du I et le 1° du II ne sont pas applicables ;

« – au premier alinéa du A du III, après les mots : “servie au titre”, sont insérés les mots : “du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ainsi que, le cas échéant,” ;

« – au cinquième alinéa du même A, après les mots : “propres servies par”, sont insérés les mots : “le régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ainsi que par” ; ».

VI. – (*Non modifié*)

VII. – L’ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :

1° L’article 14-1 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° À l’article L. 161-22 :

« a) Au A du I :

« – au premier alinéa, les mots : “d’un régime de retraite de base également obligatoire” sont remplacés par les mots : “du régime d’assurance vieillesse applicable à Mayotte” ;

« – les 2° et 3° ne sont pas applicables ;

« b) Le 1° du II n’est pas applicable ;

« c) Au A du III :

« – au premier alinéa, après les mots : “servie au titre”, sont insérés les mots : “du régime d’assurance vieillesse applicable à Mayotte ainsi que, le cas échéant,” ;

« – les deux occurrences des mots : “à l’article L. 161-17-2” sont remplacées par les mots : “au premier alinéa de l’article 6 de la présente ordonnance” ;

« – toutes les occurrences des mots : “1° de l’article L. 351-8” sont remplacées par les mots : “second alinéa de l’article 6 de la présente ordonnance” ;

« – au cinquième alinéa, après les mots : “propres servies par”, sont insérés les mots : “le régime d’assurance vieillesse applicable à Mayotte ainsi que par” ; »

b) Au début du c du 2°, les mots : « L’avant-dernier » sont remplacés par les mots : « Le dernier » ;

2° Le I bis de l’article 23-4 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– la référence : « L. 634-6 » est remplacée par la référence : « L. 161-22 » ;

– à la fin, les mots : « sous réserve de l'adaptation suivante : » sont supprimés ;

b) Le second alinéa est supprimé.

VII bis, VIII, VIII bis et IX. – (*Non modifiés*)

### **Article 43 bis**

I. – Le code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, est ainsi modifié :

1° L'article L. 732-24 est ainsi modifié :

a) Le a du 2° du I est ainsi modifié :

– à la première phrase et à la seconde phrase, trois fois, du premier alinéa ainsi qu'au second alinéa, deux fois, le mot : « assurance » est remplacé par le mot : « activité » ;

– à la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « à titre exclusif ou principal » sont supprimés ;

b) Le b du même 2° est ainsi modifié :

– après le mot : « code », sont insérés les mots : « et au second alinéa du II de l'article 9 de la loi n° 91-1407 du 31 décembre 1991 modifiant et complétant les dispositions du code rural et de la loi n° 90-85 du 23 janvier 1990 relatives aux cotisations sociales agricoles et créant un régime de préretraite agricole » ;

– après le mot : « précitée », sont insérés les mots : « et du b de l'article 1123 et de l'article 1125 du code rural dans leur rédaction antérieure à la loi n° 90-85 du 23 janvier 1990 complémentaire à la loi n° 88-1202 du 30 décembre 1988 relative à l'adaptation de l'exploitation agricole à son environnement économique et social » ;

– est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Il est également tenu compte, pour le calcul de cette part, dans des conditions et limites déterminées par décret en Conseil d'État, de la revalorisation prévue à l'article 18 de la loi n° 80-502 du 4 juillet 1980 d'orientation agricole, des points obtenus en application du quatrième alinéa de l'article L. 732-34, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2000-1352 du 30 décembre 2000 de finances pour 2001,

ainsi que des trimestres mentionnés aux articles L. 173-1-5, L. 351-4 et L. 351-4-1 du code de la sécurité sociale. » ;

c) Au II, le mot : « égales » est remplacé par le mot : « égale » ;

2° L'article L. 732-35 est ainsi modifié :

a) La première phrase du premier alinéa est ainsi modifiée :

– les mots : « personnes ayant opté pour le statut de collaborateur d'exploitation ou d'entreprise mentionné à l'article L. 321-5 » sont remplacés par le mot : « assurés » ;

– le mot : « elles » est remplacé par le mot : « ils » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

3° Au second alinéa du III de l'article L. 732-39, les mots : « qui justifient des conditions fixées aux a et b du présent III » sont supprimés ;

4° Le premier alinéa de l'article L. 732-52 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le montant de ce versement est réduit, dans des conditions définies par décret, en fonction de l'âge des assurés à la date de présentation de leur demande. » ;

5° Au premier alinéa du IV de l'article L. 732-63, les mots : « accomplie à titre exclusif ou principal, » sont supprimés.

II. – Le VIII de l'article 87 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 est ainsi modifié :

1° (*Supprimé*)

2° À la première phrase du premier alinéa du B, les mots : « de l'article L. 732-54-3 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 732-54-2, L. 732-54-3 et L. 732-63 ».

III. – Les 2° et 4° du I s'appliquent aux demandes présentées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Les 1°, 3° et 5° du I et le II s'appliquent aux pensions prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026, sans préjudice de l'application du B du VIII de l'article 87 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

## **Article 44**

*(Supprimé)*

## **Article 45**

*(Conforme)*

## **Article 45 bis**

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

1° L’article L. 161-17-2 est ainsi modifié :

*a)* À la fin du premier alinéa, l’année : « 1968 » est remplacée par l’année : « 1969 » ;

*b)* Le second alinéa est remplacé par neuf alinéas ainsi rédigés :

« Cet âge est fixé à :

« 1° Soixante-deux ans et trois mois, pour les assurés nés entre le 1<sup>er</sup> septembre 1961 et le 31 décembre 1961 ;

« 2° Soixante-deux ans et six mois, pour les assurés nés en 1962 ;

« 3° Soixante-deux ans et neuf mois, pour les assurés nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1963 et le 31 mars 1965 ;

« 4° Soixante-trois ans, pour les assurés nés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 décembre 1965 ;

« 5° Soixante-trois ans et trois mois, pour les assurés nés en 1966 ;

« 6° Soixante-trois ans et six mois, pour les assurés nés en 1967 ;

« 7° Soixante-trois ans et neuf mois, pour les assurés nés en 1968.

« Pour les assurés nés avant le 1<sup>er</sup> septembre 1961, il est celui applicable en application du présent article dans sa rédaction antérieure à la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2026. » ;

2° L’article L. 161-17-3 est ainsi modifié :

a) À la fin du 4°, les mots : « en 1963 » sont remplacés par les mots : « entre le 1<sup>er</sup> janvier 1963 et le 31 mars 1965 » ;

b) À la fin du 5°, les mots : « en 1964 » sont remplacés par les mots : « entre le 1<sup>er</sup> avril 1965 et le 31 décembre 1965 » ;

c) À la fin du 6°, l'année : « 1965 » est remplacée par l'année : « 1966 ».

II. – Le code des pensions civiles et militaires de retraite est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 13, les mots : « au 6° de » sont remplacés par le mot : « à » ;

2° Au 1° de l'article L. 14 bis, les mots : « à l'article » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa de l'article ».

III. – Le XXIV de l'article 10 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi modifié :

1° Les 2° à 4° du A sont abrogés ;

2° Le b du 1° du B est remplacé par des b à e ainsi rédigés :

« b) Pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> septembre 1966 et le 31 décembre 1967, à 169 trimestres ;

« c) Pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1968 et le 31 mars 1970, à 170 trimestres ;

« d) Pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 décembre 1970, à 171 trimestres ;

« e) Pour ceux nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1971, à 172 trimestres ; »

3° Le b du 2° du B est remplacé par des b à e ainsi rédigés :

« b) Pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> septembre 1971 et le 31 décembre 1972, à 169 trimestres ;

« c) Pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1973 et le 31 mars 1975, à 170 trimestres ;

« d) Pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 décembre 1975, à 171 trimestres ;

« e) Pour ceux nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1976, à 172 trimestres. » ;

4° Le 2° du C est ainsi modifié :

a) Après le mot : « trimestre », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « au 1<sup>er</sup> janvier 2025 puis au 1<sup>er</sup> janvier 2027. » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2028, cette durée est égale à la durée mentionnée au 6<sup>o</sup> de l'article L. 161-17-3 du code de la sécurité sociale. » ;

5<sup>o</sup> Les 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> du F sont ainsi rédigés :

« 1<sup>o</sup> Pour les fonctionnaires relevant du deuxième alinéa du 1<sup>o</sup> du I du même article L. 24, l'âge anticipé est fixé :

« a) À cinquante-sept ans pour ceux nés avant le 1<sup>er</sup> septembre 1966 ;

« b) À cinquante-sept ans et trois mois pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> septembre 1966 et le 31 décembre 1966 ;

« c) À cinquante-sept ans et six mois pour ceux nés en 1967 ;

« d) À cinquante-sept ans et neuf mois pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1968 et le 31 mars 1970 ;

« e) À cinquante-huit ans pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 décembre 1970 ;

« f) À cinquante-huit ans et trois mois pour ceux nés en 1971 ;

« g) À cinquante-huit ans et six mois pour ceux nés en 1972 ;

« h) À cinquante-huit ans et neuf mois pour ceux nés en 1973 ;

« i) À cinquante-neuf ans pour ceux nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1974 ;

« 2<sup>o</sup> Pour les fonctionnaires relevant des troisième à dernier alinéas du même 1<sup>o</sup>, l'âge minoré est fixé :

« a) À cinquante-deux ans pour ceux nés avant le 1<sup>er</sup> septembre 1971 ;

« b) À cinquante-deux ans et trois mois pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> septembre 1971 et le 31 décembre 1971 inclus ;

« c) À cinquante-deux ans et six mois pour ceux nés en 1972 ;

« d) À cinquante-deux ans et neuf mois pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1973 et le 31 mars 1975 ;

« e) À cinquante-trois ans pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 décembre 1975 ;

« f) À cinquante-trois ans et trois mois pour ceux nés en 1976 ;

« g) À cinquante-trois ans et six mois pour ceux nés en 1977 ;

« h) À cinquante-trois ans et neuf mois pour ceux nés en 1978 ;

« i) À cinquante-quatre ans pour ceux nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1979. » ;

6° Le G est ainsi rédigé :

« G. – Par dérogation aux 2° à 4° de l’article L. 25 du code des pensions civiles et militaires de retraite, l’âge avant lequel la liquidation ne peut intervenir est fixé :

« 1° À l’âge applicable avant l’entrée en vigueur du présent XXIV, pour ceux nés avant le 1<sup>er</sup> septembre 1971 ;

« 2° À cinquante-deux ans et trois mois pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> septembre 1971 et le 31 décembre 1971 inclus ;

« 3° À cinquante-deux ans et six mois pour ceux nés en 1972 ;

« 4° À cinquante-deux ans et neuf mois pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1973 et le 31 mars 1975 ;

« 5° À cinquante-trois ans pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 décembre 1975 ;

« 6° À cinquante-trois ans et trois mois pour ceux nés en 1976 ;

« 7° À cinquante-trois ans et six mois pour ceux nés en 1977 ;

« 8° À cinquante-trois ans et neuf mois pour ceux nés en 1978 ;

« 9° À cinquante-quatre ans pour ceux nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1979. » ;

7° Le H est ainsi rédigé :

« H. – Par dérogation au III de l’article 37 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, l’âge d’ouverture du droit à pension pour les fonctionnaires mentionnés au même III est égal :

« 1° À soixante ans pour ceux nés avant le 1<sup>er</sup> septembre 1963 ;

« 2° À soixante ans et trois mois pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> septembre 1963 et le 31 décembre 1963 ;

« 3° À soixante ans et six mois pour ceux nés en 1964 ;

« 4° À soixante ans et neuf mois pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1965 et le 31 mars 1967 ;

« 5° À soixante et un ans pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 décembre 1967 ;

« 6° À soixante et un ans et trois mois pour ceux nés en 1968 ;

« 7° À soixante et un ans et six mois pour ceux nés en 1969 ;

« 8° À soixante et un ans et neuf mois pour ceux nés en 1970 ;

« 9° À soixante-deux ans pour ceux nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1971. »

IV. – Le 1<sup>o</sup> de l'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Le *b* est ainsi rédigé :

« *b*) L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :

« – au premier alinéa, l'année : “1969” est remplacée par l'année : “1971” ;

« – au 1<sup>o</sup>, les mots : “entre le 1<sup>er</sup> septembre 1961 et le 31 décembre 1961” sont remplacés par les mots : “entre le 1<sup>er</sup> janvier 1963 et le 30 septembre 1965” ;

« – au 2<sup>o</sup>, les mots : “en 1962” sont remplacés par les mots : “entre le 1<sup>er</sup> octobre et le 31 décembre 1965” ;

« – au 3<sup>o</sup>, les mots : “entre le 1<sup>er</sup> janvier 1963 et le 31 mars 1965” sont remplacés par les mots : “en 1966” ;

« – au 4<sup>o</sup>, les mots : “entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 décembre 1965” sont remplacés par les mots : “en 1967” ;

« – les années : “1966”, “1967” et “1968” sont remplacées respectivement par les années : “1968”, “1969” et “1970” ; »

2° Les sept derniers alinéas du *c* sont ainsi rédigés :

« 166 trimestres pour les assurés nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1963 et le 30 septembre 1965 ;

« 167 trimestres pour les assurés nés entre le 1<sup>er</sup> octobre et le 31 décembre 1965 ;

« 168 trimestres pour les assurés nés en 1966 ;

« 169 trimestres pour les assurés nés en 1967 ;

« 170 trimestres pour les assurés nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1968 et le 31 décembre 1970 ;

« 171 trimestres pour les assurés nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1971 et le 31 décembre 1973 ;

« 172 trimestres pour les assurés nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1974 ; ».

V. – Le premier alinéa de l'article 6 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifié :

1° À la première phrase, l'année : « 1969 » est remplacée par l'année : « 1970 » ;

2° À la fin de la seconde phrase, l'année : « 1968 » est remplacée par l'année : « 1969 » ;

3° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation à la seconde phrase du présent alinéa, cet âge est fixé à soixante-deux ans et six mois pour les assurés nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1963 et le 30 juin 1965 et à soixante-deux ans et neuf mois pour les assurés nés entre le 1<sup>er</sup> juillet 1965 et le 31 décembre 1965. »

VI. – Le présent article s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2026, à l'exception du IV, qui s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> mars 2026.

VII. – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport détaillé sur la situation actuelle des pensions de retraite à Mayotte, qui porte en particulier sur les modalités d'une accélération de la convergence vers le droit commun.

## TITRE II

### **DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES**

#### **Article 46**

*(Conforme)*

#### **Article 47**

I. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d’assurance maladie pour le financement de l’Office national d’indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l’article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 202,20 millions d’euros pour l’année 2026.

II. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d’assurance maladie pour le financement de l’Agence nationale de santé publique, mentionnée à l’article L. 1413-1 du code de la santé publique, est fixé à 390,54 millions d’euros pour l’année 2026.

III. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d’assurance maladie pour le financement de l’Agence de biomédecine, mentionnée à l’article L. 1418-1 du code de la santé publique, est fixé à 56,27 millions d’euros pour l’année 2026.

IV. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d’assurance maladie pour le financement de l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, mentionnée à l’article L. 5311-1 du code de la santé publique, est fixé à 143,69 millions d’euros pour l’année 2026.

V. – *(Non modifié)*

VI. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d’assurance maladie pour le financement du groupement d’intérêt public Agence du numérique en santé, prévue à l’article L. 1111-24 du code de la santé publique, est fixé à 115,80 millions d’euros pour l’année 2026.

VII. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d’assurance maladie pour le financement de l’Établissement français du sang, prévue à

l'article L. 1222-8 du code de la santé publique, est fixé à 113,40 millions d'euros pour l'année 2026.

VIII. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'École des hautes études en santé publique, prévue à l'article L. 756-2-1 du code de l'éducation, est fixé à 44,76 millions d'euros pour l'année 2026.

IX. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, prévue à l'article L. 6113-10-2 du code de la santé publique, est fixé à 19,45 millions d'euros pour l'année 2026.

X. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, prévue au 2° du I de l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, est fixé à 11,74 millions d'euros pour l'année 2026.

XI. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement du Centre national de gestion, prévue à l'article L. 453-5 du code général de la fonction publique, est fixé à un maximum de 43,55 millions d'euros pour l'année 2026.

XII. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Agence nationale du développement professionnel continu, prévue à l'article L. 4021-6 du code de la santé publique, est fixé à un maximum de 215,87 millions d'euros pour l'année 2026.

XIII. – Les montants des dotations octroyées aux entités mentionnées aux I à XI du présent article peuvent être complétés par le versement de sommes fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans le respect d'un plafond correspondant à la réalisation du sixième sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article 49.

## **Article 48**

Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès est fixé à 271,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

### Article 49

Pour l'année 2026, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

Sous-objectif	(En milliards d'euros)
Dépenses de soins de ville.....	117,5
Dépenses relatives aux établissements de santé .....	112,8
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées.....	18,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées .....	16
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement .....	6,4
Autres prises en charge .....	3,3
<b>Total.....</b>	<b>274,4</b>

### Article 50

I à III. – (*Non modifiés*)

IV. – Les montants mentionnés au septième alinéa de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont fixés, pour l'année 2026, respectivement à 223 millions d'euros et à 13,79 millions d'euros.

### Article 51

(*Conforme*)

### **Article 52**

Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche Vieillesse est fixé à 310,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

### **Article 53**

Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale est fixé à 59,7 milliards d'euros.

### **Article 54**

Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche Autonomie de la sécurité sociale est fixé à 43,6 milliards d'euros.

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 9 décembre 2025.*

*La Présidente,*

*Signé : YAËL BRAUN-PIVET*

## ANNEXE

### **Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie pour les années 2026 à 2029**

Le solde des régimes obligatoires de base de sécurité sociale a connu une dégradation sans précédent en 2020 et a atteint le niveau de -39,7 milliards d'euros sous l'effet des dépenses occasionnées par la crise sanitaire et de la récession qui l'a suivie. Il s'est redressé en 2021 à -24,3 milliards d'euros en raison de la reprise progressive de l'activité. L'amélioration s'est poursuivie en 2022, le solde atteignant alors -19,7 milliards d'euros, à la faveur d'un recul important des dépenses liées à la covid-19 mais dans un contexte marqué par le début d'une forte reprise de l'inflation, puis de nouveau en 2023, année au titre de laquelle le déficit s'est réduit à 10,8 milliards d'euros, avec notamment l'extinction des dépenses liées à la crise sanitaire. Le déficit s'est ensuite de nouveau accru en 2024 (15,3 milliards d'euros) en raison des effets asymétriques de l'inflation : les prestations légales ont ainsi été revalorisées en lien avec l'inflation encore élevée de l'année précédente (4,8 % en 2023 au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac en moyenne annuelle), les dépenses nettes relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ayant pour leur part progressé de 3,5 %, tandis que les recettes répondaient de manière contemporaine à l'inflation, qui a reflué à 1,8 % en 2024.

Le déficit s'accroîtra de nouveau en 2025 (23,0 milliards d'euros selon les prévisions actualisées figurant dans la présente loi), en raison de la poursuite de la diminution de l'inflation, qui pourrait s'établir à 1,0 % en 2025, contribuant au ralentissement de la masse salariale du secteur privé (+1,8 %), déterminant macroéconomique majeur de l'évolution des recettes, tandis que les dépenses devraient être encore tirées vers le haut par les effets de l'inflation passée de 2024 via les revalorisations légales des prestations sociales, principalement en ce qui concerne les pensions de retraite (+2,2 %), et des dépenses relevant du champ de l'ONDAM dynamiques.

L'ONDAM pour 2026 est augmenté de 3,9 milliards d'euros par rapport à l'objectif initial du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ce qui se traduit par une évolution de 3,1 % par rapport à 2025.

Le déficit s'établirait à 19,4 milliards d'euros en 2026, en tenant compte, d'une part, de l'effet du transfert à l'État de la charge de la compensation de 2,6 milliards d'euros d'exonérations dont le coût reposait jusqu'en 2025 sur la sécurité sociale et, d'autre part, du rendement issu de l'évolution récente des dispositifs des allègements généraux qui serait conservé par la sécurité sociale, comme en 2025, pour 2 milliards d'euros, soit le montant brut de la mesure (en 2025, la sécurité sociale avait conservé le rendement net de l'effet retour sur l'impôt sur les sociétés, soit 1,6 milliard d'euros).

D'ici 2029, le déficit atteindrait 23,7 milliards d'euros : la progression des dépenses resterait tendanciellement forte malgré la montée en charge des mesures d'économies passées tandis que celle des recettes ne suffirait pas à stabiliser le déficit. La branche

Maladie concentrerait l'essentiel du déficit à moyen terme, notamment du fait de la progression structurelle de ses dépenses.

#### **I. – La loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 s'inscrit dans un contexte macroéconomique de faible croissance et de faible inflation**

L'hypothèse de croissance du produit intérieur brut (PIB) retenue pour 2026 est de 1,0 %, après une évolution de 0,7 % en 2025. À moyen terme, la croissance réelle du PIB atteindrait 1,3 % par an en 2028 et 2029. L'inflation serait faible en 2025 (1,0 % au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac en moyenne annuelle) et augmenterait légèrement en 2026 (1,3 %) pour se stabiliser à 1,75 % à compter de 2027. La masse salariale du secteur privé progresserait de 1,8 % en 2025 et de 2,3 % en 2026, puis continuerait d'accélérer pour atteindre 3,2 % en 2029.

Le tableau ci-dessous détaille les principales hypothèses d'évolutions retenues pour l'élaboration des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

	<b>2024</b>	<b>2025 (p)</b>	<b>2026 (p)</b>	<b>2027 (p)</b>	<b>2028 (p)</b>	<b>2029 (p)</b>
PIB en volume	1,1 %	0,7 %	1,0 %	1,2 %	1,3 %	1,3 %
Masse salariale du secteur privé *	3,3 %	1,8 %	2,3 %	3,0 %	3,1 %	3,2 %
Inflation hors tabac	1,8 %	1,0 %	1,3 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %
ONDAM **	3,3 %	3,6 %	3,1 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %

\* *Masse salariale du secteur privé hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et prime de partage de la valeur ajoutée. En incluant ces éléments de rémunération, la progression de la masse salariale s'est élevée à 2,8 % en 2024. En 2025, la prime de partage de la valeur ajoutée se stabilisera à un niveau proche de son niveau de 2024, malgré son assujettissement à certains prélèvements sociaux, si bien qu'il n'y a pas de déformation attendue à ce titre.*

\*\* *Évolution de l'ONDAM, y compris dépenses de crise sanitaire. Sans prise en compte de ces dépenses, l'évolution de l'ONDAM est de 3,5 % en 2024.*

**II. – Prévisions des recettes, dépenses et soldes des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)**

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2024	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
<b>Maladie</b>						
Recettes	239,2	245,1	257,5	264,0	270,8	277,8
Dépenses	253,0	262,3	271,3	279,1	287,2	295,5
<b>Solde</b>	<b>-13,8</b>	<b>-17,2</b>	<b>-13,8</b>	<b>-15,1</b>	<b>-16,4</b>	<b>-17,7</b>
<b>Accidents du travail et maladies professionnelles</b>						
Recettes	16,9	16,9	17,1	17,6	18,1	18,6
Dépenses	16,3	17,5	18,0	19,0	19,4	19,6
<b>Solde</b>	<b>0,7</b>	<b>-0,5</b>	<b>-1,0</b>	<b>-1,5</b>	<b>-1,3</b>	<b>-1,0</b>
<b>Famille</b>						
Recettes	58,9	60,2	60,1	61,8	62,9	64,0
Dépenses	57,8	59,3	59,7	60,4	61,1	62,0
<b>Solde</b>	<b>1,1</b>	<b>0,8</b>	<b>0,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,8</b>	<b>2,0</b>
<b>Vieillesse</b>						
Recettes	288,2	297,0	305,8	313,4	322,3	329,7
Dépenses	293,8	303,4	310,4	318,8	327,7	336,7
<b>Solde</b>	<b>-5,6</b>	<b>-6,3</b>	<b>-4,6</b>	<b>-5,4</b>	<b>-5,4</b>	<b>-7,0</b>
<b>Autonomie</b>						
Recettes	41,2	41,7	43,3	45,0	46,9	48,9
Dépenses	39,9	42,0	43,6	45,3	47,1	48,9
<b>Solde</b>	<b>1,3</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,0</b>
<b>Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés</b>						
Recettes	626,4	642,3	664,8	682,1	700,8	718,4
Dépenses	642,8	665,8	684,2	702,9	722,3	742,1
<b>Solde</b>	<b>-16,4</b>	<b>-23,5</b>	<b>-19,4</b>	<b>-20,8</b>	<b>-21,5</b>	<b>-23,7</b>

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

	(En milliards d'euros)					
	2024	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
Recettes	21,6	22,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dépenses	20,5	21,5	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Solde</b>	<b>1,1</b>	<b>0,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base  
et du Fonds de solidarité vieillesse

	(En milliards d'euros)					
	2024	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
Recettes	627,8	643,1	664,8	682,1	700,8	718,4
Dépenses	643,1	666,1	684,2	702,9	722,3	742,1
<b>Solde</b>	<b>-15,3</b>	<b>-23,0</b>	<b>-19,4</b>	<b>-20,8</b>	<b>-21,5</b>	<b>-23,7</b>

**III. – D'ici 2029, des efforts supplémentaires conséquents seront à mettre en œuvre pour revenir à l'équilibre**

Les comptes de la sécurité sociale devront être ramenés à l'équilibre d'ici 2029 afin de garantir sa pérennité. Il conviendra également de prévoir le remboursement de la dette supplémentaire constituée dans l'intervalle, à un horizon suffisamment rapproché pour ne pas peser sur les générations suivantes.

Le retour à l'équilibre des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale à cet horizon requiert un effort supplémentaire de 23,7 milliards d'euros sur trois ans, soit environ 8 milliards d'euros par an, par rapport à la trajectoire résultant de la présente loi et décrite ci-dessus.

En tenant compte des économies nécessaires pour respecter la trajectoire de l'ONDAM prévue par le présent rapport, les économies nécessaires sont de l'ordre de 37 milliards d'euros à horizon 2029.

Le thermalisme propose une prise en charge pluridisciplinaire s'inscrivant dans une logique de prévention et de bien-être.

**IV. – Écarts à la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027**

Les écarts entre les prévisions de dépenses des régimes de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement pour les années 2023 à 2027 figurant

dans la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques (LPFP) pour les années 2023 à 2027 et celles décrites dans la présente annexe sont retracés dans le tableau suivant :

**Révisions des dépenses, régimes de base de sécurité sociale  
+ Fonds de solidarité vieillesse**

	(En milliards d'euros)				
	2023	2024	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)
Dépenses prévues dans la LPFP 2023-2027* (1)	610,9	641,8	665,2	685,8	705,4
Dépenses prévues dans le présent rapport (2)	610,8	643,1	666,1	684,2	702,9
<b>Écarts (2 - 1)</b>	<b>-0,1</b>	<b>1,3</b>	<b>0,9</b>	<b>-1,8</b>	<b>-2,7</b>

*\* Au sens du I de l'article 18 de la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 précitée. Le IV du même article 18 prévoyait par ailleurs que des économies issues du dispositif de revue de dépenses, réparties entre les dépenses des administrations de sécurité sociale, représentent 6 milliards d'euros par an pour les années 2025 à 2027, venant, pour la part relevant des régimes de base de sécurité sociale, en minoration de la trajectoire de dépenses. Ces 6 milliards d'euros n'ont toutefois pas fait l'objet d'une ventilation précise entre les régimes de base de sécurité sociale et les autres sous-secteurs du champ des administrations de sécurité sociale, au sens de la comptabilité nationale.*

En 2025, l'essentiel de l'écart reflète le relèvement projeté des dépenses relevant de l'ONDAM (qui évoluerait de 3,6 % au lieu des 2,9 % prévus par la LPFP avant la ventilation des 6 milliards d'euros d'économies attendues du fait des revues de dépenses), qui s'élèvent à 3,4 milliards d'euros au dessus du niveau prévu par la LPFP (hors recettes atténuatives, non prises en compte dans ces chiffres).

Pour 2026, l'effet en base de cette hausse des dépenses serait atténué par un taux d'évolution de l'ONDAM pour 2026 fixé à +3,1 %, auquel s'ajoutera un effet de périmètre de +0,3 milliard d'euros (au titre principalement de l'expérimentation de la réforme du financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2025). En revanche, le ralentissement de l'inflation observé en 2024 (+1,8 % observé en 2024 contre +2,5 % prévu en LPFP) se poursuivrait les années suivantes (+1,0 % et +1,3 % en 2025 et 2026 contre respectivement +2,0 % et +1,8 % dans la LPFP), soit en cumul une révision de 2,1 % de l'inflation sur la période 2024-2026, réduisant, via une revalorisation légale moindre des prestations, le niveau des dépenses de près de 8 milliards d'euros en 2027 par rapport à la LPFP. Les révisions des prestations « en volume » expliquent le reste des écarts.

En cumul, les écarts entre les prévisions de dépenses des régimes de base de sécurité sociale selon la LPFP, avant la ventilation des 6 milliards d'euros d'économies devant être réalisées du fait du dispositif de revues de dépenses, et celles décrites dans la présente annexe s'élèvent à 2,1 milliards d'euros de dépenses supplémentaires en 2025. Toutefois, cette tendance s'inverserait dès 2026, avec un écart cumulé de -0,3 milliard d'euros sur cette année et de -2,1 milliards d'euros en 2027. En ventilant les 6 milliards d'euros d'économies attendues dans le champ des régimes de base de sécurité sociale au prorata

de la part de chaque sous-secteur, l'écart serait de l'ordre de 6 milliards d'euros en 2026 et de 14 milliards d'euros en 2027.

*Vu pour être annexé au projet de loi  
adopté par l'Assemblée nationale le 9 décembre 2025.*

*La Présidente,  
Signé : YAËL BRAUN-PIVET*