N° 138

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2026-2027

Enregistré à la Présidence du Sénat le 2 novembre 2026

PROJET DE LOI

CONSIDÉRÉ COMME REJETÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

de **financement** *de la* **sécurité sociale** *pour* **2027**,

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

À

M. LE PRÉSIDENT DU SÉNAT

(Envoyé à la commission des affaires sociales.)

En application de l'article L.O. 111-7-1 du code de la sécurité sociale, est considéré comme rejeté par l'Assemblée nationale le projet de loi de financement de la sécurité sociale dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale (17e législature) : **3211**, **3345**, **3339** et T.A. **358**.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027

Article liminaire

① Les prévisions de dépenses, recettes et solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2026 et 2027 s'établissent comme suit, au sens de la comptabilité nationale :

②

(en points de produit intérieur brut)

	2026	**2027**
Recettes	26,8	27,0
Dépenses	27,0	26,8
Solde	-0,1	0,2

PREMIÈRE PARTIE

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

Article 1er

① Au titre de l'année 2026, sont rectifiés :

② 1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

③

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	258,5	271,0	-12,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	16,8	18,1	-1,3
Vieillesse.....	302,5	310,5	-8,0
Famille	59,4	59,1	0,3
Autonomie	43,0	43,3	-0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	661,3	683,1	-21,8

④ 2° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles.

⑤ 3° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 16 milliards d'euros.

Article 2

① L’objectif national de dépenses d’assurance maladie de l’ensemble des régimes obligatoires de base au titre de l’année 2026 et ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu’il suit :

②

(en milliards d’euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	117,4
Dépenses relatives aux établissements de santé	112,6
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées.....	18,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées.....	16,0
Dépenses relatives au Fonds d’intervention régional et soutien à l’investissement	6,0
Autres prises en charge.....	3,3
**Total ..... **	**273,3**

Article 3

Au I de l’article 106 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026, le montant de 401 millions est remplacé par le montant de 359 millions.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2027

TITRE I^ER

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

Article 4

① I. – A. – Bénéficient jusqu'au 30 novembre 2026 d'une suspension des obligations de paiement des cotisations, contributions, impôts et taxes dus aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime au titre des mois d'août à octobre 2026, à l'exclusion des cotisations et contributions salariales précomptées par les employeurs, lorsque l'un de leurs établissements ou, à défaut d'établissement, le local d'habitation déclaré au titre du dernier alinéa de l'article L. 123-10 du code de commerce, est situé dans l'une des communes confinées ou évacuées à raison des incendies survenus dans les départements de la Gironde, des Landes et du Var au cours des mois de juillet et août 2026 dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale :

② 1° Les employeurs mentionnés à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale, à l'exclusion des administrations, services, offices et établissements publics de l'État, des établissements industriels de l'État, des régions, départements et communes et des établissements publics départementaux et communaux n'ayant pas le caractère industriel ou commercial relevant des régimes prévus à l'article L. 711-1 du même code ;

③ 2° Les artistes auteurs mentionnés à l'article L. 382-1 du même code ;

④ 3° Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 du même code ;

⑤ 4° Les travailleurs non-salariés agricoles mentionnés à l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime ;

⑥ 5° Les travailleurs non-salariés relevant du régime mentionné à l'article L. 5551-1 du code des transports.

⑦ Ces cotisants sont considérés à jour de leurs obligations de paiement des cotisations et contributions sociales pour la période concernée par la suspension, sous réserve du respect de leurs obligations de déclaration.

⑧ B. – Il est sursis aux poursuites pour le paiement des cotisations, contributions, impôts et taxes dues par les cotisants mentionnés au A aux organismes de recouvrement mentionnés à ce même A du 18 août au 30 novembre 2026 inclus. Ce sursis suspend les délais s'appliquant à la réalisation des actes et formalités régissant le recouvrement, ainsi que les délais du contentieux subséquent, qui auraient dû être accomplis par ces organismes à peine de nullité, caducité, forclusion, prescription, inopposabilité, irrecevabilité, péremption, désistement d'office, application d'un régime particulier, envers ces mêmes cotisants.

⑨ Ce sursis n'est pas applicable aux cotisants qui font l'objet d'une procédure à la suite d'un constat de l'une des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.

⑩ C. – En cas de non-reversement aux échéances prévues des cotisations et contributions salariales précomptées par les employeurs sur la période mentionnée au A, les organismes de recouvrement concernés peuvent, eu égard à la situation particulière des cotisants concernés, accorder un sursis dans les conditions prévues au B.

⑪ D. – La suspension du paiement des cotisations, contributions, impôts et taxes dans les conditions prévues au A et, le cas échéant, au C, ne donne lieu à aucune majoration ou pénalité.

⑫ E. – Les sommes dont le paiement a été suspendu en application du A et, le cas échéant, du C peuvent faire l'objet de plans d'apurement accordés par les organismes de recouvrement, y compris lorsque des dettes ont été constituées au titre des cotisations et contributions salariales sous réserve que les organismes de recouvrement l'aient accepté dans les conditions prévues au C et que ces sommes soient réglées par priorité avant la conclusion du plan.

⑬ Les organismes de recouvrement peuvent, à l'issue du plan et en cas de respect de celui-ci, accorder la remise de l'ensemble des majorations et pénalités.

⑭ II. – Les employeurs mentionnés au II de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dont l'effectif, apprécié selon des modalités fixées par décret, est inférieur à deux cent cinquante salariés et ayant un établissement situé dans l'une des communes mentionnées au A du I bénéficient d'une exonération totale ou partielle des cotisations et contributions sociales mentionnées au I du même article L. 241-13 dues sur les rémunérations versées à leurs salariés rattachés à cet établissement au titre des périodes d'emploi de juillet à septembre 2026.

⑮ Le montant de cette exonération est déterminé en fonction de la baisse du chiffre d'affaires constatée par l'employeur durant la période comprise entre le 1er juillet et le 30 septembre 2026 par rapport au chiffre d'affaires constaté durant la même période de l'année 2025, selon les modalités et dans les conditions prévues par décret. Ce décret fixe également la période de référence à retenir pour les entreprises créées postérieurement au 1er juillet 2025.

⑯ L'exonération s'applique aux cotisations et contributions restant dues après application de toute exonération ou réduction totale ou partielle des cotisations dues par les employeurs au titre des rémunérations des salariés mentionnés au II de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale ainsi que de tout taux spécifique, d'assiette ou de montant forfaitaire de cotisations sur la période de référence mentionnée au deuxième alinéa. Elle est cumulable avec l'ensemble de ces dispositifs.

⑰ III. – A. – Bénéficient sur demande d'une aide forfaitaire venant en déduction des cotisations et contributions sociales restant dues à l'occasion de la régularisation annuelle des cotisations et contributions sociales, lorsque l'établissement ou, à défaut d'établissement, le local d'habitation déclaré au titre du troisième alinéa de l'article L. 123-10 du code de commerce est situé dans l'une des communes mentionnées au A du I, à condition d'avoir constaté une baisse de leur chiffre d'affaires durant la période comprise entre le 1er juillet et le 30 septembre 2026 par rapport au chiffre d'affaires constaté durant la même période de l'année 2025 :

⑱ 1° Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale qui n'ont pas exercé l'option prévue à l'article L. 613-7 du même code ;

⑲ 2° Les travailleurs non-salariés agricoles mentionnés à l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime et les cotisants de solidarité mentionnés à l'article L. 731-23 du même code ;

⑳ 3° Les artistes auteurs mentionnés à l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale ;

㉑ 4° Les travailleurs non-salariés relevant du régime mentionné à l'article L. 5551-1 du code des transports.

㉒ Le montant de cette aide forfaitaire est fixé par décret par rapport au montant minimal des cotisations de sécurité sociale dues au titre de leur activité. Ce décret fixe également la période de référence à retenir pour les entreprises créées postérieurement au 1er juillet 2025 et les modalités de demande de l'aide.

㉓ B. – Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues sur la période de juillet à septembre 2026 dont sont redevables les travailleurs indépendants relevant du dispositif mentionné à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale et répondant aux mêmes conditions de baisse du chiffre d'affaires et de localisation que les cotisants mentionnés au A du présent III peuvent être calculées, sur demande, en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes effectivement réalisés au titre de cette période un taux global dérogatoire fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée au même article L. 613-7.

㉔ Le trop-perçu de cotisations et contributions sociales en résultant fait l'objet d'un remboursement ou est imputé sur le montant des cotisations et contributions sociales dues à une date fixée par décret et au plus tard le 31 octobre 2027. Ce décret fixe également les modalités de demande de l'application de ce taux dérogatoire.

㉕ IV. – Un cotisant ne peut pas bénéficier des I à III lorsqu'il ou son dirigeant a été condamné définitivement pour l'une des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail au cours des cinq années précédant le début de la période de suspension mentionnée au A du I du présent article.

㉖ V. – Le bénéfice des II et III est subordonné au respect du règlement (UE) n° 1408/2013 de la Commission du 18 décembre 2013 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis dans le secteur de l'agriculture, du règlement (UE) n° 717/2014 de la Commission du 27 juin 2014 concernant l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis dans le secteur de la pêche et de l'aquaculture ou du règlement (UE) 2023/2831 de la Commission du 13 décembre 2023 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis.

㉗ VI. – Par dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, les exonérations prévues aux II et III ne font pas l'objet d'une compensation par l'État.

㉘ VII. – A. – Après l'article L. 241-20 du code de la sécurité sociale, est inséré un article L. 241-21 ainsi rédigé :

㉙ « *Art. L. 241-21*. – Le sapeur-pompier volontaire mentionné à l'article L. 723-3 du code de la sécurité intérieure ayant réalisé au cours de l'année civile au titre de laquelle la réduction est due une mission opérationnelle prévue au 1° de l'article L. 723-12 de ce code et ayant conclu un contrat de travail avec un employeur mentionné au II de l'article L. 241-13 du présent code ouvre droit, dans la limite de cinq salariés par employeur, à une réduction forfaitaire annuelle fixée par décret des cotisations et contributions mentionnées au I du même article L. 241-13 assises sur les rémunérations inférieures au salaire minimum de croissance majoré de 60 % après application des réductions et déductions mentionnées au troisième alinéa.

㉚ « La rémunération prise en compte est celle définie à l'article L. 242-1 après application de déductions au titre des frais professionnels évaluées forfaitairement en pourcentage de la rémunération et plafonnée dans les conditions fixées par l'arrêté prévu par l'avant-dernier alinéa du IV de l'article L. 241-13.

㉛ « Lorsque cette réduction est supérieure au montant des cotisations et contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 après application des réductions et déductions prévues aux articles L. 241-13, L. 241-18 et L. 241-18-1, elle est limitée à ce montant.

« Cette réduction n’est cumulable avec aucune réduction ou déduction autre que celles mentionnées au troisième alinéa. »

B. – Le A s’applique aux rémunérations dues à compter du 1er janvier 2027.

VIII. – L’article 29 de la loi n° 2025-176 du 24 février 2025 d’urgence pour Mayotte est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du II, la date : « 1er avril 2026 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2026 » et la date : « 1er août 2026 » est remplacée par la date : « 31 mars 2027 » ;

2° Aux troisième et quatrième alinéas de ce même II, la date : « 1er mars 2026 » est remplacée par la date : « 30 novembre 2026 » et la date : « 1er juillet 2026 » est remplacée par la date : « 28 février 2027 » ;

3° Au deuxième alinéa du III, la date : « 31 janvier 2026 » est remplacée par la date : « 31 octobre 2026 » et la date : « 31 mai 2026 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2026 ».

Article 5

Le 1° du A du IV de l’article 20 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est abrogé à compter du 1er janvier 2027.

Les dispositions du premier alinéa s’appliquent aux cotisations dues au titre des périodes d’emploi courant à partir du 1er janvier 2027.

Article 6

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Les 5° et 5° *bis* du III de l'article L. 136-1-1 sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

③ « 5° Dans la limite de la valeur annuelle du plafond défini à l'article L. 241-3 du présent code, les indemnités, y compris celles dont le versement est ordonné par le juge ou prévu par une transaction en réparation d'un préjudice distinct ou non de la perte de rémunération, qui sont attribuées au titre de la rupture du contrat de travail des salariés, de la cessation des fonctions des agents publics ou de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux.

④ « Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux mandataires sociaux percevant des indemnités dont le montant cumulé, le cas échéant à plusieurs titres, excède cinq fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3 et aux autres personnes mentionnées à l'alinéa précédent lorsque ce montant cumulé excède dix fois cette même valeur ; »

⑤ 2° Au 1° et au 2° de l'article L. 137-12, les mots : « des cotisations de sécurité sociale en application du 7° du II de l'article L. 242-1 » sont remplacés par les mots : « définie à l'article L. 136-1-1 » ;

⑥ 3° Le 3° de l'article L. 137-15 est abrogé ;

⑦ 4° Les deux derniers alinéas de l'article L. 242-1 sont supprimés.

⑧ II – Les dispositions du I s'appliquent pour les indemnités attribuées au titre de ruptures prenant effet à compter du 1er janvier 2027.

Article 7

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② A. – L'article L. 137-15 est remplacé par les dispositions suivantes :

③ « *Art. 137-15*. I. – Les revenus d'activité assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations sociales définie à l'article L. 242-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime sont soumis à une contribution.

④ « La contribution est due par l'employeur sans que puisse y faire obstacle le fait que le bénéficiaire des revenus mentionnés au premier alinéa relève pour tout ou partie des risques mentionnés à l'article L. 200-2 ou d'un régime spécial mentionné à l'article L. 711-1, dès lors que, pour ce bénéficiaire, l'employeur ou le bénéficiaire est soumis à l'assiette définie à l'article L. 242-1 du présent code pour au moins une des cotisations mentionnées au I de ce même article.

⑤ « II. – Cette contribution est due également sur :

⑥ « 1° Les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du présent article versées aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail ;

⑦ « 2° Les sommes mentionnées au *d* du 3° du III de l'article L. 136-1-1 du présent code ;

⑧ « 3° Les sommes correspondant à la prise en charge par l'employeur de la part salariale des cotisations ou contributions destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnée au *b* du 2° du III de l'article L. 136-1-1.

⑨ « III. – Par dérogation au I, ne sont pas soumis à cette contribution :

⑩ « 1° Les revenus d'activité assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 137-13 du présent code et ceux exonérés en application du quatrième alinéa du I du même article ;

⑪ « 2° L'avantage prévu à l'article L. 411-9 du code du tourisme ;

⑫ « 3° Les contributions versées par les employeurs de moins de 11 salariés au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance, ni les contributions versées par les employeurs publics de moins de onze agents au titre de la participation mentionnée au 4° *bis* du II de l'article L. 242-1 du présent code ;

⑬ « 4° Les sommes versées au titre de la participation aux résultats de l'entreprise mentionnée au titre II du livre III de la troisième partie du code du travail ainsi que les versements des entreprises mentionnés au titre III dudit livre III quel que soit le support sur lequel ces sommes sont investies, dans les entreprises qui emploient moins de cinquante salariés ;

⑭ « 5° Les sommes versées au titre de l'intéressement mentionné au titre I^er du livre III de la troisième partie du code du travail ainsi que les sommes versées au titre de la prime de partage de la valeur dans les conditions prévues à l'article 1^er de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 dans les entreprises qui emploient moins de deux cent cinquante salariés. » ;

⑮ B. – L'article L. 241-3-3 est abrogé.

⑯ C. – À l'article L. 241-13 :

⑰ 1° Le II est ainsi modifié :

⑱ *a)* Au premier alinéa, les mots : « , majorés le cas échéant du montant de la prime de partage de la valeur prévue à l'article 1^er de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat, » sont supprimés ;

⑲ *b)* Le sixième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

⑳ « III. – La réduction s'applique aux revenus d'activité mentionnés au premier alinéa du II lorsque leur montant annuel, majoré le cas échéant du montant des sommes versées par l'employeur au titre de l'épargne salariale ou du partage de la valeur de l'entreprise au cours de cette même année, dans des conditions et limites définies par décret, est inférieur à un montant également fixé par décret, compris entre le salaire minimum de croissance applicable au 1^er janvier 2024 majoré de 200 % et le salaire minimum de croissance en vigueur majoré de 200 %.

㉑ 2° Le III est ainsi modifié :

㉒ *a)* Au premier alinéa, la référence : « III » est remplacée par la référence : « IV », et la référence : « I » par la référence : « II » ;

㉓ *b)* À la deuxième phrase du deuxième alinéa, les mots : « les revenus d'activité de l'année tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie au quatrième alinéa du présent III, majorés le cas échéant du montant de la prime de partage de la valeur mentionné au I » sont remplacés par les mots : « le montant cumulé des revenus d'activité de l'année mentionnées au III » ;

㉔ *c)* À la deuxième phrase du troisième alinéa, la première occurrence des mots : « du présent III » est remplacée par les mots : « du présent IV », et les mots : « la rémunération mentionnée au quatrième alinéa du présent III atteint le montant fixé par décret prévu au I » sont remplacés par les mots : « le montant cumulé des revenus mentionnés au III atteint le montant fixé par décret prévu au II » ;

㉕ *d)* Au quatrième alinéa les mots : « la détermination du coefficient est celle définie à l'article L. 242-1, majorée le cas échéant du montant de la prime de partage de la valeur mentionnée au I du présent article. Toutefois, elle ne tient » sont remplacés par les mots : « calculer le montant de la réduction ainsi que celles prises en compte pour la détermination du coefficient ne tiennent » ;

㉖ 3° Au premier alinéa du IV, la référence : « III » est remplacée par la référence : « IV ».

㉗ 4° Au premier alinéa du VII, la référence : « III » est remplacée par la référence : « IV ».

㉘ 5° Les références : « III *bis* », « IV », « V », « VI », » VII », et : « VIII » sont respectivement remplacés par les références : « IV *bis* », « V », « VI », « VII », « VIII », et : « IX ».

㉙ D. – Le I de l'article L. 241-17 est complété par un 9° ainsi rédigé :

㉚ « 9° Les rémunérations versées aux salariés au titre des journées ou demi-journées mentionnées au I de l'article 5 de la loi n° 2022-1157 du 16 aout 2022 de finances rectificatives pour 2022. »

㉛ E. – Au II de l'article L. 241-18 et au II de l'article 241-18-1 :

㉜ 1° Le mot : « sept » est remplacé par les mots : « 3,5 ou 7 » ;

㉝ 2° Après le mot : « applicable » est inséré le signe « : « et les mots suivants constituent un 1°, figurant dans un alinéa distinct ;

㉞ 3° Est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

㉟ « 2° Au titre de chaque journée ou demi-journée de repos auxquelles renoncent les salariés dans les conditions prévues à l'article 5 de la loi n° 2022-1157 de finances rectificative pour 2022. »

㊱ F. – L’article L. 241-18 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

㊲ « VII. – Le présent article est applicable à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon. »

㊳ G. – Le 3° du II de l’article L. 242-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

㊴ « 3° *bis* Dans la limite d’un montant annuel, ne pouvant excéder un quinzième de la valeur annuelle du plafond mentionné à l’article L. 241-3, fixé par décret, les sommes perçues au titre de la prime de partage de la valeur dans les conditions prévues à l’article 1er de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d’urgence pour la protection du pouvoir d’achat. La limite mentionnée au présent alinéa est doublée lorsque l’employeur remplit les conditions prévues au V du même article 1er ; ».

㊵ II. – À l’article 5 de la loi n° 2022-1157 du 16 août 2022 de finances rectificative pour 2022 :

㊶ A. Au premier alinéa, les mots : « I. – » et : « et jusqu’au 31 décembre 2026 » sont supprimés ;

㊷ B. Au trois derniers alinéas, les mots : « des articles L. 241-17, L. 241-18 et L. 241-18-1 du code de la sécurité sociale et » sont supprimés.

㊸ III. – Au VI *bis* de l’article 1er de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d’urgences pour la protection du pouvoir d’achat, les mots : « 31 décembre 2026 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2027 » et les mots : « d’impôt sur le revenu ainsi que » sont supprimés.

㊹ IV. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2027 et s’applique aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d’emploi courant à compter de cette date.

Article 8

① I. – À l’article L. 1613 *ter* du code général des impôts :

② 1° Le I devient le A du I ;

③ 2° Le I est complété par un B ainsi rédigé :

④ « B. – Il est institué une contribution perçue sur les produits transformés préemballés destinés à la consommation humaine en l'état ou après simple réchauffage ou décongélation :

⑤ « 1° Relevant des codes NC 1704, NC 1806, NC 1901 90 99, NC 1904, NC 1905 et NC 2105 de la nomenclature combinée du tarif des douanes ;

⑥ « 2° Contenant des sucres, à savoir des monosaccharides ou disaccharides, ajoutés ou non, et un ou plusieurs additifs alimentaires autorisés mentionnés au *a* de l'article premier du règlement (CE) n° 1333/2008 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 sur les additifs alimentaires. » ;

⑦ 3° Le II devient le A du II et à son premier alinéa, les mots : « au I » sont remplacés par les mots « au A du I » ;

⑧ 4° Le II est complété par un B ainsi rédigé :

⑨ « B. – Le tarif de la contribution mentionnée au B du I est le suivant :

⑩ « 1° Pour les produits relevant des codes NC 1901 90 99, NC 1904, NC 1905 et NC 2105 du tarif des douanes :

⑪

Quantité totale de sucres (en kg par quintal de produit)	**Tarif applicable (en euros par quintal de produit)**
De 10 à 23 (non compris)	4,07
De 23 à 30 (non compris)	14
À partir de 30	22

⑫ « 2° Pour les produits relevant des codes NC 1704 et NC 1806 du tarif des douanes :

⑬

Quantité totale de sucres (en kg par quintal de produit)	**Tarif applicable (en euros par quintal de produit)**
De 10 à 47 (non compris)	4,07
De 47 à 56 (non compris)	14
À partir de 56	22

⑭ « Les tarifs mentionnés aux 1° et 2° du présent B sont relevés au 1er janvier de chaque année, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Ces montants sont arrondis à la deuxième décimale. » ;

⑮ 5° Au D du V :

⑯ *a)* À la première phrase, après le mot : « redevable », sont ajoutés les mots : « de la contribution mentionnée au A du I » ;

⑰ *b)* À la seconde phrase, après le mot : « redevable », sont ajoutés les mots : « de cette même contribution » ;

⑱ 6° Au VI, les mots : « de la contribution régie par le » sont remplacés par les mots : « des contributions mentionnées au ».

⑲ II. – À l'article L. 1613 *quater* du même code :

⑳ 1° Le I devient le A du I ;

㉑ 2° Le I est complété par un B ainsi rédigé :

㉒ « B. – Il est institué une contribution perçue sur les produits préemballés, contenant des édulcorants de synthèse, destinés à la consommation humaine en l'état ou après simple réchauffage ou décongélation relevant des codes NC 1704, NC 1806, NC 1901 90 99, NC 1904, NC 1905 et NC 2105 de la nomenclature combinée du tarif des douanes. » ;

㉓ 3° Le II est ainsi modifié :

㉔ *a)* Au premier alinéa, les mots : « de la contribution » sont remplacés par les mots : « des contributions » ;

㉕ *b)* Au début du 1°, sont insérés les mots : « Pour celle mentionnée au A du I, à » ;

㉖ *c)* Au début du 2°, sont insérés les mots : « Pour celle mentionnée au A du I, à » ;

㉗ *d)* Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

㉘ « 3° Pour celle mentionnée au B du I, à 4,5 euros par quintal pour les produits contenant une quantité d'édulcorants de synthèse inférieure ou égale à 120 milligrammes par kilogrammes de produit et à 6 euros par quintal pour les autres produits.

㉙ « Le cas échéant, ce tarif s'ajoute à celui applicable en fonction de la quantité de sucre dans les conditions prévues au B du II de l'article 1613 *ter*.

㉚ « Le tarif mentionné au 3° est relevé au 1er janvier de chaque année, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Ces montants sont arrondis à la deuxième décimale. Par exception, pour l'année 2028, les tarifs sont relevés dans une proportion équivalente au taux d'évolution global des tarifs mentionnés au 2° entre 2026 et 2028. » ;

㉛ 4° Au premier alinéa du A du V, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » ;

㉜ 5° Au VI, les mots : « de la contribution régie » sont remplacés par les mots : « des contributions régies ».

㉝ III. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2027.

Article 9

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, les mots « et » et « L. 245-6 » sont remplacés par les mots : « L. 245-6 et L. 245-5-7 ».

③ 2° L’article L. 165-5-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

④ « I. – L’inscription par description générique des produits sur la liste prévue à l’article L. 165-1 est subordonnée à la détention, d’un code permettant une identification individuelle de chacun de ces produits et de son exploitant.

⑤ « Ces codes identifiants sont collectés par la Caisse nationale de l’assurance maladie et rendus publics sur son site internet.

⑥ « Ce code est exigé par la caisse locale d’assurance maladie compétente en vue de la prise en charge ou du remboursement du produit.

⑦ « Un décret en Conseil d’État précise les conditions d’application du présent I, notamment les obligations respectives des exploitants et de la Caisse nationale de l’assurance maladie pour l’élaboration de ces codes identifiants.

⑧ « II. – L’inscription par description générique des produits et prestations sur la liste prévue à l’article L. 165-1 est subordonnée, pour l’exploitant ou le distributeur au détail, à la détention de la certification de conformité à la charte mentionnée à l’article L. 162-17-9 ou à un engagement de l’entreprise à se faire certifier dans un délai et dans des conditions fixées par décret, en l’attente de l’obtention de la certification.

⑨ « L’exploitant ou le distributeur au détail qui ne diligente pas d’activités de présentation, d’information et de promotion visées par la charte fournit une déclaration sur l’honneur attestant de sa situation.

⑩ « Le code prévu au I ne peut être obtenu que sur présentation par l’entreprise du certificat ou d’une attestation sur l’honneur qu’elle ne diligente pas d’activité visée par la charte et la certification. »

⑪ 3° La section 2 du chapitre V du titre IV du livre II du même code est ainsi modifiée :

⑫ *a)* Avant l’article L. 245-5-1, il est inséré une sous-section 1 comprenant les articles L. 245-5-1 à L. 245-5-6 et intitulée : « Contribution au titre des dépenses de promotion des dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées mentionnés à l’article L. 162-17 » ;

⑬ *b)* Après l'article L. 245-5-6, il est inséré une sous-section 2 comprenant les articles L. 245-5-7 et L. 245-5-8 ainsi rédigée :

⑭ *« Sous-section 2*

⑮ *« Contribution au titre des dépenses de l'assurance maladie relatives aux dispositifs « médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations « associées mentionnés à l'article L. 162-17*

⑯ « *Art. L. 245-5-7.* – Les entreprises ayant la qualité d'exploitant au sens de l'article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale sont soumises à une contribution à raison des montants remboursés par l'assurance maladie au titre :

⑰ « 1° De l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial ;

⑱ « 2° De l'inscription par description générique sur cette même liste et bénéficiant du code permettant leur identification individuelle prévu à l'article L. 165-5-1 ;

⑲ « 3° De la prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 ;

⑳ « 4° De la prise en charge transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5 ;

㉑ « 5° De l'inscription des dispositifs médicaux numériques utilisés dans le cadre d'une activité de télésurveillance sur la liste prévue à l'article L. 162-52 ;

㉒ « 6° De la prise en charge anticipée des dispositifs médicaux numériques conformément à l'article L. 162-1-23.

㉓ « *Art. L. 245-5-8.* – L'assiette de la contribution est égale à 70 % des montants remboursés en application des dispositions mentionnées à l'article L. 245-5-7, au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, minoré de la taxe sur la valeur ajoutée, des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7.

㉔ « Si l'exploitant justifie que le montant retenu pour cette assiette excède le chiffre d'affaires hors taxes qu'il a réalisé au titre des dispositifs médicaux remboursés ou pris en charge dans les conditions mentionnées à l'article L. 245-5-7, l'assiette de la contribution est fixée à hauteur de ce chiffre d'affaires. Ce chiffre d'affaires est minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4.

㉕ « Les remises, ristournes et avantages commerciaux mentionnés à l'article L. 165-3-4 ne sont déduits ni de l'assiette mentionnée au premier alinéa ni du chiffre d'affaires mentionné à l'alinéa précédent.

㉖ « La Caisse nationale de l'assurance maladie et l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique transmettent à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les montants remboursés mentionnés au premier alinéa.

㉗ « Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les montants des remises mentionnées au premier alinéa.

㉘ « Les entreprises mentionnées à l'article L. 245-5-7 transmettent chaque année les informations nécessaires à l'application de la présente section.

㉙ « Sont fixées par décret les modalités de transmission prévues aux alinéas précédents et le cas échéant la nature des informations transmises, ainsi que les modalités de la justification prévue au deuxième alinéa.

㉚ « En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

㉛ « Le produit des contributions est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

㉜ « La contribution est intégralement versée par chaque entreprise redevable au plus tard le 1er novembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. ».

㉝ II. – Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 245-5-7 du code de la sécurité sociale est fixée à 3,6 %, pour la contribution due au titre de 2027.

Article 10

① I. – Après le chapitre V *bis* du titre II du livre I^er^ de la cinquième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre V *ter* ainsi rédigé :

② *« CHAPITRE V* TER

③ ***« Groupements de pharmacies d'officine***

④ « *Art. L. 5125-42*. – I. Pour l'application du présent chapitre, est regardé comme « groupement de pharmacies d'officine » toute personne physique ou morale exerçant, à titre principal ou accessoire, quel que soit son statut juridique, au moins l'une des activités suivantes, indépendamment des autres activités qu'elle réalise telle qu'une activité de grossiste-répartiteur, de dépositaire ou de courtier de médicaments, ou lorsqu'elle constitue une filiale de service :

⑤ « 1° Une activité de commissionnaire ou de mandataire ou de négociation pour l'achat de produits de santé, réalisée pour le compte direct ou indirect de pharmacies d'officine ;

⑥ « 2° Une mise à disposition d'une enseigne ou d'une marque auprès de pharmacies d'officine ;

⑦ « 3° Une activité de prestation de service réalisée au bénéfice de pharmacies d'officine, notamment pour la formation, la gestion commerciale, la comptabilité, la promotion ou la gestion de données, lorsque cette activité est liée, directement ou indirectement, à l'activité mentionnée au 1°.

⑧ « 4° Lorsqu'elle est réalisée en lien avec une ou plusieurs entreprises assurant l'exploitation, l'importation, l'importation parallèle, la distribution parallèle, la distribution en gros ou la vente en gros de spécialités pharmaceutiques, une activité de référencement ou d'organisation de l'approvisionnement de ces spécialités, de promotion, d'animation commerciale, de mise en relation avec un réseau officinal, ou la valorisation de données relatives à l'achat, à la vente ou à la dispensation de produits de santé réalisée auprès de pharmacies d'officine.

⑨ « II. – Est également regardé comme groupement de pharmacies d'officine, toute personne qui exerce au moins l'une des activités mentionnées au I pour le compte direct ou indirect d'un ou de plusieurs groupements de pharmacies d'officine. »

⑩ « *Art. L. 5125-43*. – I. Tout groupement de pharmacies d'officine adresse à chacune des pharmacies d'officine au bénéfice de laquelle il a exercé l'une des activités mentionnées à l'article L. 5125-42, un rapport annuel d'activité, dont le contenu et les données sont fixés par arrêté des ministre chargés de la santé et de la sécurité sociale et précisent notamment les activités réalisées au bénéfice des officines ainsi qu'une synthèse des rémunérations perçues par le groupement, à l'exclusion de celles liées à la manipulation physique des produits de santé.

⑪ « II. – Tout groupement adresse annuellement au Conseil national de l'ordre des pharmaciens, aux fins de contrôle du respect des obligations professionnelles, et à la Caisse nationale de l'assurance maladie, aux fins de suivi de l'organisation économique du secteur officinal et de gestion du risque, la liste des pharmacies d'officine pour lesquelles il a exercé l'une des activités mentionnées à l'article L. 5125-42.

⑫ « III. – Tout projet de contrat, de convention ou d'avenant entre un groupement de pharmacies d'officine et un pharmacien titulaire d'une officine ou les pharmaciens exerçant en société ainsi que tout projet de stipulations relatif à l'adhésion ou fixant des conditions à cette dernière à un groupement de pharmacies d'officine est communiqué, avant sa conclusion, au conseil compétent de l'ordre des pharmaciens, qui peut formuler des observations.

⑬ « Est dispensé de communication mentionnée au III tout projet conforme à un contrat type approuvé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

⑭ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑮ 1° À l'article L. 138-9-1 :

⑯ *a)* Au premier alinéa, les mots « de spécialités génériques définies au *a* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, de spécialités hybrides substituables figurant au registre mentionné au dernier alinéa de l'article L. 5121-10 du même code ainsi que de médicaments biologiques similaires substituables dans les conditions prévues à l'article L. 5125-23-2 dudit code, » sont remplacés par : « de spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale » ;

⑰ *b)* Après l'article L. 138-9-1, il est inséré un article L. 138-9-2 ainsi rédigé :

⑱ « Toute entreprise assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 déclare chaque année au comité économique des produits de santé le montant total des sommes exigibles qu'elles ont précomptées en application du III de l'article L. 138-17.

⑲ « Lorsque les sommes mentionnées au premier alinéa se rapportent à la fois à des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 et à d'autres produits, seules sont déclarées les sommes afférentes aux spécialités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 138-9-1, dans les conditions prévues au B et au C du I de l'article L. 138-17.

⑳ « Les sanctions prévues du deuxième au sixième alinéa de l'article L. 138-9-1 sont applicables, dans les mêmes conditions, aux entreprises mentionnées au présent article.

㉑ « Cette déclaration est effectuée selon un modèle et dans des conditions et délais fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

㉒ 2° La section 3 du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi rétablie :

㉓ *« Section 3*

㉔ ***« Contribution à la charge des groupements de pharmacies d'officine »***

㉕ « *Art. L. 138-17*. – I. – A. – Il est institué une contribution due à raison des sommes encaissées par les groupements de pharmacies d'officine mentionnés à l'article L. 5125-42 du code de la santé publique, ci-après « groupement », auprès d'entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle, ou la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, ci-après « entreprise », en contrepartie de la fourniture en France des services ou prestations définis au B du présent I.

㉖ « B. – L’assiette taxable est constituée de l’ensemble des sommes perçues en contrepartie des services ou prestations suivants, lorsqu’ils sont réalisés en lien avec des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l’article L. 162-17 :

㉗ « 1° La négociation ou l’obtention, pour le compte ou au bénéfice d’une ou de plusieurs pharmacies d’officine, de conditions commerciales portant sur des spécialités pharmaceutiques, notamment de prix, remises, ristournes ou avantages commerciaux ou financiers assimilés de toute nature ;

㉘ « 2° Le référencement de spécialités pharmaceutiques ou l’organisation de leur approvisionnement ;

㉙ « 3° La promotion ou l’animation commerciale de spécialités pharmaceutiques ainsi que la mise en relation avec un réseau officinal ou l’accès à un tel réseau ;

㉚ « 4° La collecte, le traitement, la mise à disposition ou la valorisation de données relatives à l’achat, à la vente ou à la dispensation de produits de santé par des pharmacies d’officine ;

㉛ « 5° Tout autre service qui, compte tenu de son objet ou de ses effets économiques, permet ou facilite la commercialisation de spécialités pharmaceutiques.

㉜ « Sont exclues de l’assiette mentionnée au B les sommes qui rémunèrent soit des activités où ces personnes se procurent les médicaments mentionnés au premier alinéa, soit des prestations de manipulation physique en vue de leur stockage ou de leur distribution en gros.

㉝ « C. – Lorsqu’un groupement exerce également une activité sur d’autres produits de santé que ceux mentionnés au B et qu’elle ne peut être séparée comptablement, le montant de l’assiette mentionnée au B est défini comme la somme de chaque encaissement versé en contrepartie d’un service ou prestation défini au B, chaque encaissement étant affecté d’un pourcentage représentatif de la part des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l’article L. 162-17 dans ce service ou prestation.

㉞ « II. – A. – La contribution est assise sur le montant hors taxes tel que défini au B du I, des sommes encaissées par le groupement, au cours de l’année au titre de laquelle la contribution est due, en contrepartie d’un service ou d’une prestation mentionnés au B fourni en France.

(35) « B. – Le montant de la contribution est calculé en appliquant à l'assiette définie au B un taux de 15 %.

(36) « III. – A. – La contribution est précomptée par l'entreprise qui procède à son reversement dans les conditions du IV. Le précompte est opéré lors de chaque versement effectué au groupement bénéficiaire. Les sommes ainsi précomptées sont déduites du montant versé au groupement bénéficiaire et conservées par l'entreprise jusqu'à leur reversement à l'organisme mentionné au VI.

(37) « B. – Les entreprises assurent la collecte, la conservation, la déclaration et le versement de la contribution dans les conditions du C du IV. Elles sont responsables du précompte effectué dans les conditions prévues au présent article.

(38) « IV. – A. – La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux dispositions des articles L. 138-20 à L. 138-23.

(39) « B. – Les entreprises conservent, à l'appui de leur comptabilité, l'information des sommes encaissées mensuellement en contrepartie de chacun des services ou prestations taxables mentionnés au B du I, et, le cas échéant, celles exclues de l'assiette, ainsi que les éléments de calcul de pourcentage mentionné au C du I. Ces informations sont tenues à la disposition de l'administration et lui sont communiquées sur sa demande.

(40) « C. – Pour l'application du présent article, la France s'entend du territoire national, à l'exception des collectivités régies par l'article 74 de la Constitution, de la Nouvelle-Calédonie et des Terres australes et antarctiques françaises ;

(41) « V. – A. – Au plus tard le 1er octobre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due, le comité économique des produits de santé communique aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 le montant déclaré par chaque entreprise en application de l'article L. 138-9-2, nécessaire à la mise en œuvre du recouvrement et du contrôle prévue au III.

(42) « B. – Lorsque l'entreprise soumise à l'obligation de déclaration prévue à l'article L. 138-9-2 ne transmet pas les informations nécessaires à la détermination de la contribution due, l'organisme mentionné au VI peut établir et recouvrer son montant sur la base des informations et données dont il dispose, sans préjudice d'une régularisation ultérieure. Les dispositions de l'article L. 243-7-1-A sont applicables.

(43) « C. – Le montant total des contributions précomptées au cours d'une année civile est versé à l'organisme mentionné au VI au plus tard le 1er décembre suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.

(44) « VI. – Le produit de la contribution, recouvré par l'organisme compétent mentionné à l'article L. 213-1, est affecté à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2.

(45) « VII. – À des fins de contrôle de l'assiette taxable, tout groupement adresse annuellement par voie électronique, au plus tard le 31 mars de l'année qui suit celle d'exigibilité de la contribution, un bilan à la Caisse nationale de l'assurance maladie et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ce bilan précise les activités réalisées par le groupement au bénéfice des officines et les rémunérations qu'il a perçues auprès des entreprises et des officines, à l'exclusion de celles liées à la manipulation physique des produits de santé. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe son contenu et ses données.

(46) 3° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, après les mots : « L. 138-10, », sont insérés les mots : « L. 138-17, ».

(47) III. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, l'échéance de la convention nationale régissant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie, conclue le 9 mars 2022 et approuvée le 31 mars 2022, est reportée au 9 mai 2028.

(48) Les dispositions du 2° et du 3° du II du présent article s'appliquent à compter du 1er janvier 2027.

(49) Pour l'application de l'article L. 138-9-2 du code de la sécurité sociale en 2027, au titre de l'activité réalisée en 2026, les entreprises mentionnées à l'article L. 138-17 de ce code déclarent, au plus tard le 1er septembre 2027, l'ensemble des sommes versées au cours de l'année 2026 à des entités réalisant l'une des activités mentionnées à l'article L. 5125-42 du code de la santé publique, en contrepartie des services ou prestations définis au B du I de l'article L. 138-17.

Article 11

(1) I. – Au VIII de l'article 28 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026, le montant : « 22,10 milliards d'euros » est remplacé par le montant : « 22,15 milliards d'euros ».

② II. – Pour l’année 2027, le montant M mentionné à l’article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 22,44 milliards d’euros.

③ III. – Pour l’année 2027, le taux de base et le taux différencié mentionnés au D du III de l’article L. 245-6 du code de la sécurité sociale sont fixés, respectivement, à 7,06 % et à 4,01 %.

④ IV. – Pour l’année 2027, le montant Z mentionné à l’article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,24 milliards d’euros.

Article 12

① Le I de l’article 13 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 est ainsi modifié :

② 1° Au premier alinéa, après les mots : « Il est institué, », il est inséré le mot : « respectivement » et après le mot : « 2026 » sont insérés les mots : « et de l’année 2027 » ;

③ 2° À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « stipulées », il est inséré le mot : « respectivement » et après le mot : « 2026 » sont insérés les mots : « et en 2027 » ;

④ 3° À la seconde phrase du quatrième alinéa, après les mots : « au plus tard », il est inséré le mot : « respectivement » et après le mot : « 2027 » sont insérés les mots : « et le 30 juin 2028 ».

Article 13

① I. – Le *b* de l’article L. 3332-1 du code général des collectivités territoriales est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « 11° Dans les conditions précisées à l’article XX de la loi XXX, une part du produit des contributions mentionnées au 2° du I de l’article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. »

③ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

④ 1° À l’article L. 223-11 :

⑤ *a)* Avant le premier alinéa est inséré un « I. » ;

⑥ *b)* Au 1°, les mots : « en 2025, » sont remplacés par les mots : « pour l’année au titre de laquelle le concours est versé. Ces dépenses sont » ;

⑦ *c)* Après le treizième alinéa est ajouté un II ainsi rédigé :

⑧ « II. – Le montant de concours calculé dans les conditions prévues au I est versé sous forme d'une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements après déduction du montant prévu au 1° du IV de l'article X de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2027. » ;

⑨ *d)* Avant le dernier alinéa est inséré un « III. » ;

⑩ 2° À l'article L. 223-12 :

⑪ *a)* Avant le premier alinéa est inséré un « I. » ;

⑫ *b)* Au 1°, les mots : « l'année 2025 » sont remplacés par les mots : « l'année au titre de laquelle le concours est versé. Ces dépenses sont » ;

⑬ *c)* Après le huitième alinéa est inséré un « II. » ainsi rédigé :

⑭ « II. – Le montant de concours calculé dans les conditions prévues au I est versé sous forme d'une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements après déduction du montant prévu au 2° du IV de l'article X de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2027. » ;

⑮ *d)* Avant le dernier alinéa est inséré un « III. » ;

⑯ 3° À l'article L. 223-8, le *g* du 3° est supprimé ;

⑰ 4° Le 2° de l'article L. 241-6-2 est complété par les mots : « et à l'article XX de la loi XXX de financement de la sécurité sociale pour 2027 ».

⑱ III. – À compter de 2027, un montant de trois cent millions d'euros, correspondant à une part du produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale affecté à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application du *c* du 3° *bis* de l'article L. 131-8 du même code, est versé aux départements, à la Ville de Paris, à la métropole de Lyon, à la collectivité territoriale de Guyane, à la collectivité territoriale de Martinique, à la collectivité de Corse et au Département de Mayotte, ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, pour la couverture d'une partie des dépenses mentionnées au *a* et au *b* du 3° de l'article L. 223-8 du même code, dans les conditions définies au IV du présent article.

⑲ IV. – Le montant mentionné au III est réparti entre les bénéficiaires au prorata de la part du montant total des concours prévisionnels alloués par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au titre de l'année 2025.

⑳ 1° Les montants de contribution sont alloués aux bénéficiaires en fonction de la part du montant du concours mentionné à l'article L. 223-11 du code de la sécurité sociale dont ils bénéficient conformément au tableau ci-après :

㉑

Code département	Département	Montant de CSG
01	AIN	1 733 392
02	AISNE	2 176 623
03	ALLIER	1 702 274
04	ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	757 765
05	HAUTES-ALPES	619 681
06	ALPES-MARITIMES	4 125 708
07	ARDÈCHE	1 515 447
08	ARDENNES	1 291 947
09	ARIÈGE	744 306
10	AUBE	1 207 029
11	AUDE	1 666 565
12	AVEYRON	1 740 911
13	BOUCHES-DU-RHÔNE	7 204 739
14	CALVADOS	2 594 474
15	CANTAL	706 030
16	CHARENTE	1 553 592
17	CHARENTE MARITIME	2 284 785
18	CHER	1 197 832
19	CORRÈZE	837 466
20	COLLECTIVITE DE CORSE	2 148 964

21	CÔTE-D’OR	1 709 805
22	CÔTES-D’ARMOR	2 069 642
23	CREUSE	699 091
24	DORDOGNE	2 214 403
25	DOUBS	1 718 405
26	DRÔME	2 471 731
27	EURE	1 912 477
28	EURE-ET-LOIR	1 239 715
29	FINISTÈRE	2 274 948
30	GARD	2 894 442
31	HAUTE-GARONNE	3 774 213
32	GERS	989 808
33	GIRONDE	5 190 030
34	HÉRAULT	5 713 275
35	ILLE-ET-VILAINE	3 907 659
36	INDRE	1 108 875
37	INDRE ET LOIRE	2 052 950
38	ISÈRE	4 484 694
39	JURA	959 956
40	LANDES	1 706 091
41	LOIR-ET-CHER	1 522 446
42	LOIRE	3 359 373
43	HAUTE-LOIRE	1 046 339
44	LOIRE-ATLANTIQUE	3 544 088
45	LOIRET	2 311 473
46	LOT	803 353

47	LOT-ET-GARONNE	1 390 442
48	LOZÈRE	398 787
49	MAINE-ET-LOIRE	1 576 403
50	MANCHE	1 870 140
51	MARNE	1 453 850
52	HAUTE-MARNE	546 354
53	MAYENNE	721 869
54	MEURTHE-ET-MOSELLE	2 417 658
55	MEUSE	714 818
56	MORBIHAN	2 494 856
57	MOSELLE	3 123 028
58	NIÈVRE	794 427
59	NORD	9 446 589
60	OISE	1 892 564
61	ORNE	1 306 341
62	PAS-DE-CALAIS	5 981 440
63	PUY-DE-DÔME	1 979 747
64	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	2 698 493
65	HAUTES-PYRÉNÉES	1 403 916
66	PYRÉNÉES-ORIENTALES	2 206 765
67_ 68	COLLECTIVITE EUROPEENNE D’ALSACE	4 960 536
69	RHÔNE	1 486 157
69M	METROPOLE DE LYON	3 798 176
70	HAUTE-SAÔNE	948 716
71	SAÔNE-ET-LOIRE	2 503 682

72	SARTHE	1 886 492
73	SAVOIE	1 213 877
74	HAUTE-SAVOIE	2 002 908
75	PARIS	2 691 139
76	SEINE-MARITIME	4 961 733
77	SEINE-ET-MARNE	2 653 961
78	YVELINES	2 256 253
79	DEUX-SÈVRES	1 325 451
80	SOMME	2 123 382
81	TARN	1 756 095
82	TARN-ET-GARONNE	1 084 196
83	VAR	5 254 039
84	VAUCLUSE	2 091 786
85	VENDÉE	2 410 814
86	VIENNE	1 611 441
87	HAUTE-VIENNE	1 532 633
88	VOSGES	1 268 938
89	YONNE	1 217 405
90	TERRITOIRE DE BELFORT	605 506
91	ESSONNE	2 381 033
92	HAUTS-DE-SEINE	1 762 832
93	SEINE-SAINT-DENIS	3 914 583
94	VAL-DE-MARNE	3 332 740
95	VAL-D’OISE	2 193 948
971	GUADELOUPE	1 848 107
972	MARTINIQUE	2 536 969

973	GUYANE	339 307
974	LA RÉUNION	6 750 750
975	SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON	24 517
976	MAYOTTE	2 305 209
977	SAINT-BARTHELEMY	16 089
978	SAINT-MARTIN	74 032
TOTAL		**225 032 730**

㉒ 2° Les montants de contribution sont alloués aux bénéficiaires en fonction de la part du montant des concours mentionné à l'article L. 223-12 du code de la sécurité sociale dont ils bénéficient conformément au tableau ci-après :

㉓

Code département	**Département**	**Montant de CSG**
01	AIN	630 451
02	AISNE	595 381
03	ALLIER	380 033
04	ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	171 960
05	HAUTES-ALPES	154 983
06	ALPES-MARITIMES	1 147 229
07	ARDÈCHE	354 719
08	ARDENNES	286 120
09	ARIÈGE	167 419
10	AUBE	334 111
11	AUDE	651 791
12	AVEYRON	347 150

13	BOUCHES-DU-RHÔNE	3 057 600
14	CALVADOS	737 279
15	CANTAL	176 535
16	CHARENTE	345 621
17	CHARENTE MARITIME	659 724
18	CHER	391 871
19	CORRÈZE	226 103
20	COLLECTIVITE DE CORSE	533 746
21	CÔTE-D'OR	551 581
22	CÔTES-D'ARMOR	647 907
23	CREUSE	149 716
24	DORDOGNE	450 734
25	DOUBS	523 458
26	DRÔME	622 184
27	EURE	710 569
28	EURE-ET-LOIR	481 797
29	FINISTÈRE	1 006 199
30	GARD	906 157
31	HAUTE-GARONNE	1 827 232
32	GERS	241 883
33	GIRONDE	2 463 206
34	HÉRAULT	1 686 854
35	ILLE-ET-VILAINE	1 263 266
36	INDRE	249 791
37	INDRE ET LOIRE	696 294
38	ISÈRE	1 474 154

39	JURA	277 758
40	LANDES	374 041
41	LOIR-ET-CHER	364 770
42	LOIRE	888 353
43	HAUTE-LOIRE	288 041
44	LOIRE-ATLANTIQUE	1 582 719
45	LOIRET	693 425
46	LOT	160 333
47	LOT-ET-GARONNE	378 080
48	LOZÈRE	119 500
49	MAINE-ET-LOIRE	826 125
50	MANCHE	528 759
51	MARNE	585 898
52	HAUTE-MARNE	179 779
53	MAYENNE	317 266
54	MEURTHE-ET-MOSELLE	824 343
55	MEUSE	167 871
56	MORBIHAN	710 474
57	MOSELLE	986 061
58	NIÈVRE	222 404
59	NORD	3 162 953
60	OISE	922 897
61	ORNE	265 695
62	PAS-DE-CALAIS	1 865 133
63	PUY-DE-DÔME	662 955
64	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	811 413

65	HAUTES-PYRÉNÉES	292 864
66	PYRÉNÉES-ORIENTALES	587 906
67_68	COLLECTIVITE EUROPEENNE D'ALSACE	1 820 608
69	RHÔNE	462 073
69M	METROPOLE DE LYON	1 709 864
70	HAUTE-SAÔNE	215 888
71	SAÔNE-ET-LOIRE	636 797
72	SARTHE	676 358
73	SAVOIE	354 763
74	HAUTE-SAVOIE	726 193
75	PARIS	1 557 514
76	SEINE-MARITIME	1 493 475
77	SEINE-ET-MARNE	1 338 059
78	YVELINES	1 403 151
79	DEUX-SÈVRES	388 867
80	SOMME	647 087
81	TARN	463 976
82	TARN-ET-GARONNE	296 576
83	VAR	1 412 929
84	VAUCLUSE	553 407
85	VENDÉE	686 876
86	VIENNE	434 505
87	HAUTE-VIENNE	390 792
88	VOSGES	318 014
89	YONNE	387 216

90	TERRITOIRE DE BELFORT	156 878
91	ESSONNE	1 221 970
92	HAUTS-DE-SEINE	1 303 473
93	SEINE-SAINT-DENIS	2 054 224
94	VAL-DE-MARNE	1 458 144
95	VAL-D'OISE	1 168 327
971	GUADELOUPE	543 319
972	MARTINIQUE	521 075
973	GUYANE	266 266
974	LA RÉUNION	1 275 299
975	SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON	7 519
976	MAYOTTE	226 878
977	SAINT-BARTHELEMY	7 257
978	SAINT-MARTIN	31 027
TOTAL		**74 967 270**

㉔ V. – Le montant mentionné au III et chacun des montants prévus au IV sont revalorisés chaque année à hauteur de la progression du rendement global de la contribution sociale généralisée prévue aux articles L. 136-1 à L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale entre l'avant-dernière et la dernière année, tel que ce rendement figure dans le dernier rapport remis par la commission prévue à l'article L. 114-1 du même code.

㉕ VI. – Les modalités de notification et de versement par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale du montant mentionné au III sont définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article 14

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° À l'article L. 131-8 :

③ *a)* Au 1° :

④ – Au deuxième alinéa, le taux : « 58,35 % » est remplacé par le taux : « 52,32 % » ;

⑤ – Au troisième alinéa, le taux : « 10,74 % » est remplacé par le taux : « 6,84 % » ;

⑥ – Au quatrième alinéa, le taux : « 24,77 % » est remplacé par le taux : « 34,94 % » ;

⑦ – Au cinquième alinéa, le taux : « 6,14 % » est remplacé par le taux : « 5,91 % » ;

⑧ *b)* Au 3° :

⑨ – Au premier alinéa, après les mots : « aux 1° » sont insérés les mots ; » , à l'exception de la contribution assise sur les indemnités journalières perçues à l'occasion de la maladie, » ;

⑩ – Au troisième alinéa du *a*, le taux : « 0,68 % » est remplacé par le taux : « 0,79 % » ;

⑪ – Au troisième alinéa du *b*, le taux : « 5,30 % » est remplacé par le taux : « 6,15 % » ;

⑫ – Au *c*, le taux : « 0,22 % » est remplacé par le taux : « 0,26 % » ;

⑬ *c)* Après le 3°, est inséré un 3° *bis* ainsi rédigé :

⑭ « 3° *bis* Le produit de la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L.136-8 assise sur les indemnités journalières perçues au titre de la maladie est versé :

⑮ « *a)* À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, pour la part correspondant à un taux de 4,14 % ;

⑯ « *b)* À la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2, pour la part correspondant à un taux de 1,45 % ;

⑰ « *c)* À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 3,16 % ;

⑱ « *d)* À la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,45 %. » ;

⑲ *d)* Les 3° *bis*, 3° *ter* et 3° *quater* deviennent respectivement les 3° *ter*, 3° *quater* et 3° *quinquies* ;

⑳ 2° À l'article L. 223-1 :

㉑ *a)* Le 5° est complété par les mots : « , ainsi qu'au service par le régime géré par la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales de ces mêmes majorations, à l'exception des majorations supplémentaires attribuées à partir du quatrième enfant » ;

㉒ *b)* Au *a* du 6°, les mots : « d'une fraction de 60 % » sont remplacés par les mots : « de la totalité » ;

㉓ *c)* Aux 7° et 8°, les mots : « dans la limite du plafond » sont remplacés par les mots : « dans une limite ne pouvant dépasser le plafond » ;

㉔ 3° Au premier alinéa de l'article L. 225-1-3, la référence : « 6° » est remplacée par la référence : « 2° » ;

㉕ 4° À l'article L. 225-1-4 :

㉖ *a)* Au 2°, la référence : « 6° » est remplacée par la référence : « 2° » ;

㉗ *b)* La première phrase du 3° est complétée par : « , lorsque cette centralisation ou ce recouvrement ont pour conséquence, par rapport à la situation antérieure à ceux-ci, de retarder les dates auxquelles ces recettes, cotisations ou contributions sont reversées à ces organismes. »

㉘ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

㉙ 1° À l'article L. 723-11 :

㉚ *a)* À la première phrase de l'avant dernier alinéa, les mots : « Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires spécifiques, » et les mots : « par décret en Conseil d'État, pour le recouvrement des cotisations et contributions mentionnées aux 1° à 4° du III de l'article L. 725-3 ainsi que des majorations de retard y afférentes, et » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « des sommes dont les organismes de mutualité sociale agricole assurent le recouvrement » ;

㉛ *b)* À la seconde phrase du même alinéa, les mots qui suivent le mot : « concernés » sont supprimés ;

㉜ *c)* Après l'avant dernier alinéa il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

㉝ « Par dérogation à l'alinéa précédent, pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées aux 2° et 4° du III de l'article L. 725-3 ainsi que des majorations et pénalités de retard y afférentes, le montant des frais de gestion est déterminé par l'application aux versements mentionnés au deuxième alinéa de ce même III du même article d'un taux fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget. » ;

㉞ 2° Au III de l'article L. 725-3 :

㉟ *a)* Le 1° est abrogé ;

㊱ *b)* Après le 4°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

㊲ « Par dérogation au deuxième alinéa du présent III, pour les versements effectués à compter du 1er janvier 2027 et jusqu'au 31 décembre 2031, le taux mentionné à ce même alinéa est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget, par attributaire ou catégorie d'attributaires, par référence aux taux fixés en application de l'antépénultième alinéa du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale. » ;

㊳ III. – L'ordonnance n° 2026-648 du 22 juillet 2026 relative à la sécurité sociale à Saint-Pierre-et-Miquelon est ratifiée, l'article 7 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 dans sa version en résultant étant ainsi modifié :

㊴ 1° Au troisième alinéa, les mots : « la caisse nationale de l'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code la sécurité sociale » ;

㊵ 2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

㊶ « En cas de besoin ponctuel de trésorerie non couvert par la contribution mentionnée au précédent alinéa, la caisse de prévoyance sociale peut recourir à des avances auprès de la caisse mentionnée à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale. Les conditions de recours à ces avances sont déterminées par décret. »

(42) IV. – Au I de l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, les mots : « l'État » sont remplacés par les mots : « la Caisse nationale d'assurance vieillesse ».

(43) V. – La dernière phrase du premier alinéa du VI du A l'article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières est remplacée par la phrase : « Elle enregistre les opérations relatives à la contribution tarifaire dans une section comptable spécifique. »

(44) VI. – A. – À titre exceptionnel et dans la limite du montant constaté au 31 décembre 2026, l'excédent cumulé de la section comptable visée au VI de l'article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières fait l'objet d'un transfert à l'État, qui l'enregistre en fonds propres dans ses comptes.

(45) B. – Pour l'application du A, la Caisse nationale des industries électriques et gazières réalise un premier versement à l'État avant le 31 décembre 2026 d'un montant de 1 900 000 000 euros. Le versement du solde, dont le montant, fixé dans le respect de la limite mentionnée au A, et les modalités sont déterminés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, est effectué avant le 31 décembre 2027.

(46) VII. – Le *c* du 2° du I est applicable à compter du 1er janvier 2026.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITE SOCIALE

Article 15

Est approuvé le montant de 8,9 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 2027.

Article 16

① Pour l’année 2027 est approuvé le tableau d’équilibre, par branche, de l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

②

(en milliards d’euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	269,3	277,1	-7,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	18,0	19,5	-1,5
Vieillesse	311,4	316,2	-4,8
Famille	61,8	60,2	1,6
Autonomie	44,2	44,4	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	683,7	696,4	-12,7

Article 17

① I. – Pour l’année 2027, l’objectif d’amortissement de la dette sociale par la Caisse d’amortissement de la dette sociale est fixé à 16,5 milliards d’euros.

② II. – Pour l’année 2027, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

③

(en milliards d’euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

Article 18

① I. – Sont habilités en 2027 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 :

②

(En millions d'euros)

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale.....	85 000
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire - période du 1er au 6 janvier 2027	530
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire - période du 7 janvier au 31 décembre 2027.....	370
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.....	440
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	15 300

③ II. – Au chapitre 9 *ter* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale :

④ 1° Au deuxième alinéa de l'article L. 139-3, le mot : « négociables » est supprimé ;

⑤ 2° À l'article L. 139-5, le mot : « négociables » est supprimé.

Article 19

Est approuvé le rapport figurant en annexe à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2027 à 2030), 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 2027

TITRE IER

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE IER

RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS

Article 20

① I. – La section 2 du chapitre II du titre III du livre VIII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifiée :

② 1° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-4, après la référence : « L. 323-3-1, » sont insérées les références : « L. 323-4-1, L. 323-4-2, » ;

③ 2° Après l'article L. 752-5-2, il est inséré un article L. 752-5-3 ainsi rédigé :

④ « *Art. L. 752-5-3.* – Au cours de toute interruption de travail dépassant trente jours et lorsque l'assuré présente un risque de désinsertion professionnelle, le médecin traitant ou le médecin spécialiste qui prend en charge l'assuré, le médecin du service du contrôle médical et le médecin du travail peuvent, à l'initiative de l'un d'eux, qui recueille l'accord de la personne préalablement informée, tenir une réunion de concertation sur sa situation.

⑤ « Par dérogation à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, ces médecins et les autres professionnels de santé du service du contrôle médical et du service de santé au travail qui participent à cette réunion peuvent échanger et partager, pendant et à l'issue de cette réunion de concertation, des informations strictement nécessaires à l'évaluation de la situation de l'assuré, à la préparation de son retour à l'emploi ou à son orientation vers des mesures d'accompagnement, d'évolution ou de formation professionnelle.

⑥ « Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé sont définies par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ».

⑦ II. – À l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑧ « L'identifiant et les coordonnées du médecin du travail sont versés dans le dossier médical partagé. »

⑨ III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑩ 1° Le 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

⑪ « ainsi que les actions de concertation visant à lutter contre la désinsertion professionnelle prévues à l'article L. 323-4-2 et à l'article L. 752-5-3 du code rural et de la pêche maritime.

⑫ 2° Après l'article L. 323-4-1, il est inséré un article L. 323-4-2 ainsi rédigé :

⑬ Au cours de toute interruption de travail dépassant trente jours et lorsque l'assuré présente un risque de désinsertion professionnelle, le médecin traitant ou le médecin spécialiste qui prend en charge l'assuré, le médecin du service du contrôle médical et le médecin du travail peuvent, à l'initiative de l'un d'eux, qui recueille l'accord de la personne préalablement informée, tenir une réunion de concertation sur sa situation.

⑭ « Par dérogation à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, ces médecins et les autres professionnels de santé du service du contrôle médical et du service de santé au travail qui participent à cette réunion peuvent échanger et partager, pendant et à l'issue de cette réunion de concertation, des informations strictement nécessaires à l'évaluation de la situation de l'assuré, à la préparation de son retour à l'emploi ou à son orientation vers des mesures d'accompagnement, d'évolution ou de formation professionnelle.

⑮ « Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé sont définies par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ».

⑯ 3° Au cinquième alinéa de l'article L. 433-1, les mots : « L'article L. 323-3-1 est applicable » sont remplacés par les mots : « Les articles L. 323-3-1, L. 323-4-1 et L. 323-4-2 sont applicables » ;

⑰ 4° À l'article L. 622-1, après la référence « L. 323-3-1 » sont insérées les références « L. 323-4-1, L.323-4-2, ».

⑱ IV. – L'article L. 4622-8-1 du code du travail est complété par un 6° ainsi rédigé :

⑲ « 6° De contribuer, en lien avec les professionnels de santé y participant, aux actions prévues à l'article L. 323-4-2 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 752-5-3 du code rural et de la pêche maritime. »

⑳ V. Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er juillet 2027.

Article 21

① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° À l'article L. 1434-4 :

③ *a)* Le 1° est complété par une phrase ainsi rédigée : « Au sein de ces zones, des zones considérées comme prioritaires du point de vue du renforcement de l'offre de soins médicaux sont identifiées aux fins de mise en œuvre de la mission de solidarité territoriale mentionnée à l'article L. 4136-1 du code de la santé publique ; »

④ *b)* Au quatrième alinéa, les mots : « et L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 » sont remplacés par les mots : « , L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 et L. 4136-1 » ;

⑤ 2° Le titre III du livre Ier de la quatrième partie est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :

⑥ *« CHAPITRE VI*

⑦ ***« Mission de solidarité territoriale***

⑧ « *Art. L. 4136-1*. – Au titre d'une mission de solidarité territoriale, des médecins qui exercent à titre libéral et des médecins, salariés ou agents publics, d'une structure de soins, peuvent, en dehors de leur lieu d'exercice habituel, dispenser des soins dans les zones identifiées comme prioritaires en application du 1° de l'article L. 1434-4.

⑨ « Peuvent également participer à la mission de solidarité territoriale les médecins retraités ainsi que les médecins signataires d'un contrat de remplacement en exercice libéral.

⑩ « Les médecins qui exercent dans le cadre de cette mission ainsi que les structures de soins adhérentes aux accords mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus d'appliquer les tarifs fixés par la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du même code. » ;

⑪ II. – À la sous-section 3 de la section 1 du chapitre 2 du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 162-5-14-1 ainsi rédigé :

⑫ « *Art. L. 162-5-14-1*. – Le médecin adhérent à la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 bénéficie, pour son activité effectuée dans le cadre de la mission de solidarité territoriale définie à l'article L. 4136-1 du code de la santé publique, en complément des rémunérations liées aux actes et consultations réalisés à ce titre, d'une indemnisation forfaitaire versée par l'assurance maladie dont le montant est fixé par cette convention, en application du 21° de l'article L. 162-5.

⑬ « Le médecin retraité ayant été adhérent à la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 ainsi que le médecin remplaçant en exercice libéral qui n'adhère pas à cette même convention bénéficient pour leur activité effectuée sous forme libérale dans le cadre de la mission de solidarité territoriale définie à l'article L. 4136-1 du code de la santé publique, en complément des rémunérations liées aux actes et consultations réalisés dans ce cadre, d'une indemnisation forfaitaire versée par l'assurance maladie pour chaque jour de participation à cette mission.

⑭ « Lorsqu'un médecin participe à la mission de solidarité territoriale définie à l'article L. 4136-1 du code de la santé publique dans le cadre d'une activité salariée au sein d'une structure de soins adhérente aux accords mentionnés aux article L. 162-14-1 et L. 162-32-1 ou d'un établissement de santé, situés dans une zone identifiée comme prioritaire en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, la structure ou l'établissement bénéficie, outre du paiement des soins ainsi dispensés, d'une indemnisation forfaitaire versée par l'assurance maladie pour chaque jour de participation du médecin à cette mission.

⑮ « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les conditions dans lesquelles les médecins et les structures de soins bénéficient des indemnisations prévues aux deuxième et troisième alinéas, notamment le nombre de jours maximal pouvant être indemnisé sur une période donnée, ainsi que le montant de l'indemnité forfaitaire.

⑯ « Les structures de soins mentionnées au troisième alinéa peuvent bénéficier d'une aide forfaitaire annuelle au financement d'un poste d'assistant médical versée par l'assurance maladie lorsqu'au moins un médecin participant à la mission de solidarité territoriale y assure une présence effective. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine la durée minimale de présence de ce médecin requise pour bénéficier de l'aide forfaitaire annuelle ainsi que son montant qui est fonction de cette durée et de la quotité de travail de l'assistant médical. »

Article 22

① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② I. – Après le quatrième alinéa du I de l'article L. 160-13, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

③ « La participation de l'assuré aux frais de médecine générale mentionnés au 1° de l'article L. 160-8 est fixée à une somme forfaitaire lorsque le professionnel de santé ou la structure est rémunéré dans les conditions prévues au 2° *bis* de l'article L. 162-32-1. Elle peut être limitée ou supprimée dans les mêmes conditions que celles prévues pour la participation mentionnée au premier alinéa du I. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, fixe les conditions dans lesquelles cette participation est mise en œuvre. Le montant de celle-ci est fixé par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. »

④ II. – Après le 2° de l'article L. 162-32-1, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

⑤ « 2° *bis* Par dérogation à la première phrase du 2°, les conditions dans lesquelles les actes et prestations de médecine générale effectués par les médecins exerçant dans un centre de santé peuvent faire l'objet d'une rémunération forfaitaire lorsqu'ils sont réalisés au bénéfice de la patientèle ayant désigné comme médecin traitant un médecin exerçant dans ce centre. Cette rémunération est déterminée notamment en fonction du nombre de patients et des caractéristiques de la patientèle. Elle est versée au centre de santé par les organismes des régimes obligatoires d'assurance maladie et se substitue, pour ces actes et prestations, au paiement à l'acte. Le paiement à l'acte est maintenu pour les patients ne relevant pas de cette patientèle ainsi que pour les actes et prestations qui ne sont pas compris dans le périmètre de cette rémunération forfaitaire. Les informations relatives aux actes et prestations incluses dans cette rémunération sont transmises aux organismes compétents dans des conditions permettant la mise en œuvre des participations prévues aux I et II de l'article L. 160-13 ; »

⑥ III. – Au chapitre 2 du titre VI du livre I[er] du code de la sécurité sociale, après la section 7, il est ajouté une section 7 *bis* ainsi rédigée :

⑦ *« Section 7* bis

⑧ ***« Financement spécifique des centres de santé et des maisons de santé assurant une « démarche participative en santé***

⑨ « *Art. L. 162-32-5*. – En sus des rémunérations et financements liés à leur activité, les centres de santé et les maisons de santé labellisés par le directeur général de l'agence régionale de santé en qualité de structure d'exercice coordonné d'approche participative en santé bénéficient, à ce titre, d'un financement complémentaire de l'assurance maladie, dont le montant et les modalités sont déterminés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

⑩ « La labellisation d'une structure d'exercice coordonné d'approche participative en santé, pour une période de cinq ans renouvelable, est subordonnée au respect d'un cahier des charges fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui définit les actions spécifiques devant être conduites à destination de publics vulnérables rencontrant des difficultés d'accès au système de prévention et de soins et les données devant être périodiquement transmises à l'agence régionale de santé.

⑪ « Le nombre de structures d'exercice coordonné d'approche participative en santé qui, après appel à manifestation d'intérêt, peuvent être labélisées par région est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Si le nombre de candidatures respectant le cahier des charges est supérieur au nombre de structures pouvant être labellisées dans une région, le directeur général de l'agence régionale de santé tient compte, pour déterminer le centre retenu, de la qualité et de la cohérence du projet proposé ainsi que des besoins et des caractéristiques du territoire. »

⑫ IV. – Après le 1° de l'article L. 861-3, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

⑬ « 1° *bis* De la participation de l'assuré mentionnée au cinquième alinéa du I de l'article L. 160-13 ; ».

⑭ V. – À l'article L. 871-1 :

⑮ 1° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

⑯ « Elles prévoient la prise en charge de la participation de l'assuré mentionnée au cinquième alinéa du I de l'article L. 160-13. » ;

⑰ 2° Au dernier alinéa, après les mots : « à hauteur des tarifs de responsabilité », sont insérés les mots : « et du montant de la participation prévue au cinquième alinéa du I de l'article L. 160-13, ».

⑱ VI. – Le 1° du II de l'article L. 911-7 est complété par les mots : « , ainsi que la participation de l'assuré mentionnée au cinquième alinéa de ce même I. »

Article 23

① Au chapitre unique du titre VIII du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique :

② 1° À l'article L. 4081-1, après les mots : « actes de téléconsultation », les mots « réalisés par les médecins qu'elles salarient » sont remplacés par les mots : « et les actes d'assistance à la téléconsultation réalisés sur le lieu de vie habituel ou temporaire du patient, respectivement par les médecins et les infirmiers qu'elles salarient. » ;

③ 2° Au 2° de l'article L. 4081-4, les mots : « la convention médicale », sont remplacés par les mots : « les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale ».

Article 24

Après le premier alinéa du III de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Il finance également les dépenses d'investissement des centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles proposant une offre de soins adaptée à la prise en charge du public visé à l'article L. 222-5 du code de l'action sociale et des familles et à l'activité desquels concourt un établissement de santé. »

Article 25

① Après l'article L. 6111-1-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6111-1-8 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 6111-1-8* – Les établissements de santé peuvent mettre en place des dispositifs sanitaires de prise en charge des enfants victimes de violence sous la forme :

③ « – D'unités d'accueil pédiatrique de l'enfance en danger destinées à la prise en charge sanitaire des enfants victimes de violences ou susceptibles de l'être et proposant un accueil, une évaluation et une prise en charge sanitaire, médico-psychologique et médico-légale adaptées.

④ « – D'équipes pédiatriques régionales référentes enfance en danger visant à assurer un rôle d'appui et de recours auprès des unités d'accueil pédiatrique de l'enfance en danger pour les situations les plus complexes.

⑤ « Dans ce cadre, ils peuvent conclure des conventions avec un autre établissement de santé mettant en œuvre des dispositifs sanitaires dédiés aux soins apportés aux personnes souffrant d'un trouble de stress post-traumatique afin de favoriser l'accès à des soins psychiques spécifiques et adaptées du psychotraumatisme des enfants victimes de violence. »

Article 26

① I. – Au 4° du I de l'article 4 de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, la date : « 1er janvier 2027 » est remplacée par la date : « 1er janvier 2028 ».

② II. – À compter du 1er janvier 2027 et jusqu'à la date d'effet de la sélection mentionnée au premier alinéa de l'article L. 827-3 du code général de la fonction publique, les personnes publiques mentionnées à l'article L. 5 du même code remboursent aux agents qu'elles emploient et qui relèvent dudit code une partie du montant des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident. Le montant du remboursement de cotisations et ses conditions de versement sont fixés par décret. Le versement du remboursement est réservé aux contrats conformes aux conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE II

CONSOLIDER LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Article 27

① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 3111-1 est ainsi modifié :

③ *a)* Au premier alinéa, le mot « nécessaires » est remplacé par le mot « applicables » ;

④ *b)* Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

⑤ « Toutefois, cet avis n'est pas requis pour les modifications du calendrier des vaccinations ayant pour seul objet de tenir compte d'une recommandation vaccinale émise par la Haute Autorité de santé en application du 12° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. » ;

⑥ 2° À l'article L. 3111-4 :

⑦ *a)* Le III est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Les établissements ou organismes employeurs ou, pour les élèves et étudiants, les établissements ayant reçu leur inscription, prennent à leur charge les dépenses entraînées par la vaccination, ainsi que, le cas échéant, celles des tests sérologiques permettant d'attester d'une immunisation antérieure. »

⑧ *b)* Le IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « La preuve que les obligations d'immunisation prévues aux I et III, à l'exception de celle de la grippe, sont remplies est apportée, le cas échéant, par les professionnels et les étudiants concernés, selon des modalités définies par arrêté du ministre chargé de la santé, notamment lors de leur entrée en formation ou en fonction, leur recrutement, leur agrément ou son renouvellement ou lors de leur affectation dans un service ou à des activités exigeant qu'une obligation d'immunisation soit remplie. »

⑨ 3° À l'article L. 3111-11, dans sa rédaction résultant de l'article 55 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 :

⑩ *a)* Le III est remplacé par les deux alinéas ainsi rédigés :

⑪ « III. – Les dépenses afférentes aux centres de vaccination habilités en application du I sont prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 qui complète les éventuelles subventions accordées par les collectivités territoriales ou leurs groupements. Par dérogation, lorsque l'activité de vaccination est mise en œuvre par des communes ou groupements de communes, les dépenses afférentes aux centres de vaccination habilités peuvent être prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8, en complément, le cas échéant, du financement mentionné au premier alinéa de l'article L. 1422-1 pour les services communaux d'hygiène et de santé et des éventuelles subventions accordées par les collectivités territoriales ou leurs groupements.

⑫ « Les dépenses afférentes aux vaccins sont prises en charge, pour les assurés sociaux ou leurs ayants droit, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les personnes mentionnées à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, dans les conditions prévues au titre V du livre II du même code et selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale. »

⑬ *b)* Au IV, les mots : « Selon des modalités définies par décret, » sont supprimés.

⑭ 4° Au premier alinéa de l'article L. 4211-4, après les mots : « L. 4211-1, », sont insérés les mots : « les services de prévention et de santé au travail, les laboratoires de biologie médicale, les services médicaux de l'Office français de l'immigration et de l'intégration et » ;

⑮ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑯ 1° Après la sous-section 5 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I[er], est insérée une sous-section 5 *bis* ainsi rédigée :

⑰ *« Sous-section 5* bis

⑱ *« Prise en charge des vaccins ou médicaments à visée prophylactiques destinés à l'immunisation dans les établissements de santé*

⑲ « *Art. L. 162-23-17* – Lorsqu'ils sont administrés dans les établissements de santé, certains vaccins ou médicaments à visée prophylactique destinés à l'immunisation bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché peuvent être pris en charge, s'ils sont inscrits sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des financements mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-19, L. 162-23-2 et L. 174-1. »

⑳ 2° Après le III de l'article L. 162-16-6, est inséré un III *bis* ainsi rédigé :

㉑ « III *bis*. – Le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements des vaccins ou médicaments à visée prophylactique destinés à l'immunisation pris en charge au titre de l'article L. 162-23-17 sont fixés par convention entre l'entreprise titulaire des droits d'exploitation de ces spécialités, l'entreprise assurant leur importation parallèle ou l'entreprise assurant leur distribution parallèle et le comité économique des produits de santé et publiés par ce dernier. À défaut d'accord conventionnel, le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements sont fixés par décision du comité et publiés par ce dernier. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe au tarif et au prix limite publiés par le comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements dans un délai de quinze jours après cette publication.

㉒ « Ce tarif et ce prix limite sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues au II du même article L. 162-16-4.

㉓ « Les vaccins ou médicaments à visée prophylactique destinés à l'immunisation sont pris en charge au titre de l'article L. 162-23-17 sur la base du tarif de responsabilité. Toutefois, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut prévoir que cette prise en charge correspond à une fraction de ce tarif et fixe cette fraction.

㉔ « En aucun cas, la différence entre le prix de vente aux établissements et le tarif de responsabilité ne peut être facturée aux patients. Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

㉕ « Le prix d'achat des vaccins ou médicaments à visée prophylactique destinés à l'immunisation acquitté par l'établissement ne peut être supérieur à leur prix limite de vente précédemment défini.

㉖ « Lorsque le montant de la facture est inférieur au tarif de responsabilité, le montant servant de base à la prise en charge est égal au montant de la facture majoré de la partie, définie par l'arrêté conjoint mentionné au III, de la différence entre le tarif de responsabilité et le montant de la facture. La fraction du tarif de responsabilité fixée en application du troisième alinéa du présent III *bis* est appliquée au montant ainsi déterminé. »

㉗ 3° Au second alinéa du IV de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, les mots : « du III » sont remplacés par les mots : « des III et III *bis* ».

㉘ 4° À compter du 1er janvier 2027, au 2° du II de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction entrant en vigueur à cette même date, les mots : « ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « , sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-17 » ;

㉙ 5° Au premier alinéa de l'article L. 162-5-17, les mots : « et L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « L. 162-23-6 et L. 162-23-17 » ;

㉚ 6° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1, les mots « ou L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-7 ou L. 162-23-17 » et au 2° du B du II du même article, les mots : « et L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-7 et L. 162-23-17 » ;

㉛ 7° À l'article L. 162-16-5-1-2 :

㉜ *a)* Au 2° du II, après les mots : « article L. 162-22-7 » sont insérés les mots : « ou de la liste mentionnée à l'article L. 162-23-17 » ;

㉝ *b)* Au dernier alinéa du 1° du III, les mots : « ou L.162-22-7 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-7 ou L. 162-23-17 » ;

㉞ *c)* Aux 1° et 2° du VII, après les mots : « article L. 162-22-7 » sont insérés les mots : « ou sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-17 ».

㉟ 8° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-5, les mots : « et L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « L. 162-23-6 et L. 162-23-17 » ;

㊱ 9° À la première phrase du II de l'article L. 162-18, les mots : « et L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « L. 162-23-6 et L. 162-23-17 » ;

㊲ 10° Au 1° du I de l'article L. 162-18-1, après les mots : « article L. 162-22-7 » sont ajoutés les mots : « ou sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-17 » ;

㊳ 11° À l'article L. 162-19-2, les mots : « et L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « L. 162-23-6 et L. 162-23-17 » ;

㊴ 12° Au IV de l'article L. 162-20-1, les mots : « et L. 162-23-6-1 » sont remplacés par les mots : « L. 162-23-6-1 et L. 162-23-17 » ;

㊵ 13° Au 1° du II de l'article L. 162-22-3-1, après les mots : « article L. 162-22-7 » sont ajoutés les mots : « et à l'article L. 162-23-17 » ;

㊶ 14° À l'article L. 162-38-4, après les mots : « L. 162-9, », sont insérés les mots : « L. 162-14 » et après les mots « professionnels de santé », sont insérés les mots : « , des laboratoires de biologie médicale » ;

㊷ 15° Le premier paragraphe de l'article L. 174-16, dans sa rédaction résultant de l'article 55 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025, est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation, lorsque l'activité de vaccination est mise en œuvre par des communes ou groupements de communes, les dépenses afférentes aux centres de vaccination habilités peuvent être prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8, en complément, le cas échéant, du financement mentionné au premier alinéa de l'article L. 1422-1 pour les services communaux d'hygiène et de santé et des éventuelles subventions accordées par les collectivités territoriales ou leurs groupements. »

㊸ 16° Au A du II et au 2° du III de l'article L. 245-6, les mots : « ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « sur la liste prévue à l'article L. 162-3-6 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-17 » ;

⑭ 17° Au premier alinéa et au 3° de l'article L. 753-4, les mots : « et L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « L. 162-23-6 et L. 162-23-17 » ;

⑮ III. – L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑯ « Un arrêté des ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des vaccins ou médicaments à visée prophylactique destinés à l'immunisation bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et dispensés aux assurés accueillis dans les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 disposant d'une pharmacie à usage intérieur qui peuvent être pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations de soins mentionnées au 1° du I de l'article L. 314-2. Le remboursement s'effectue sur la base du tarif de responsabilité défini au premier alinéa du III *bis* de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale. Les dispositions des troisième, quatrième et cinquième alinéas du III *bis* du même article s'appliquent à cette prise en charge. Les vaccins inscrits sur cette liste figurent au calendrier des vaccinations. »

Article 28

① I. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° À l'article L. 162-17-4, il est rétabli un 1° ainsi rédigé :

③ « 1° Le cas échéant, les conditions d'application de la compensation financière et des remises mentionnées à l'article L. 162-17-11 ainsi que les engagements auxquels le bénéfice de cette compensation est subordonné ; »

④ 2° Après l’article L. 162-17-10, il est inséré un article L. 162-17-11 ainsi rédigé :

⑤ « *Art. L. 162-17-11*. – I. – Pour certaines spécialités pharmaceutiques relevant du 19° de l’article L. 5121-1 du code de la santé publique et présentant un intérêt particulier au regard de la sécurité d’approvisionnement ou de la santé publique, les conventions mentionnées à l’article L. 162-17-4 peuvent prévoir une compensation financière au bénéfice des entreprises exploitantes, dont le montant ne peut excéder la différence entre le niveau minimal de chiffre d’affaires fixé par la convention et le chiffre d’affaires hors taxes effectivement réalisé en France au titre de la ou des spécialités concernées.

⑥ « Les conventions peuvent également prévoir des remises, au sens de l’article L. 162-18, dues par les entreprises lorsque ce chiffre d’affaires réalisé au titre de la ou des spécialités concernées excède un ou plusieurs niveaux qu’elles fixent.

⑦ « Les montants et niveaux de référence nécessaires à l’application de cette compensation financière et des remises peuvent être déterminés soit individuellement, pour une entreprise exploitante, soit collectivement, pour plusieurs entreprises exploitant des spécialités relevant d’une même dénomination commune internationale ou d’une même association de telles dénominations.

⑧ « II. – Le bénéfice de la compensation financière est subordonné au respect d’engagements fixés par la convention, portant notamment sur la disponibilité de la spécialité, la continuité et la sécurité de son approvisionnement sur le marché national, ainsi que sur le respect de mesures de bon usage. Le non-respect de ces engagements peut entraîner la réduction, la suspension ou la cessation du versement de la compensation ainsi que, lorsqu’elle a déjà été versée, son reversement total ou partiel, dans les conditions prévues par la convention. Ces mesures sont prononcées par le Comité économique des produits de santé après que l’entreprise a été mise à même de présenter ses observations.

⑨ « III. – La compensation financière est versée par l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le compte de la branche mentionnée au 1° de l’article L. 200-2.

⑩ « IV. – Le Comité économique des produits de santé peut prononcer, dans les conditions prévues à l'article L. 162-17-4-1, une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise exploitante en cas de manquement grave ou répété aux engagements mentionnés au II après que celle-ci a été mise à même de présenter ses observations.

⑪ « Le montant de cette pénalité ne peut excéder 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise exploitante au cours du dernier exercice clos. La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

⑫ « V. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

⑬ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

⑭ 1° L'article L. 5121-1 est complété par un 19° ainsi rédigé :

⑮ « 19° Médicament antibiotique, tout médicament à usage humain contenant une ou plusieurs substances actives destinées à exercer une action antibactérienne à des fins thérapeutiques ou prophylactiques. » ;

⑯ 2° À l'article L. 5123-8 :

⑰ *a)* La dernière phrase du dernier alinéa devient le dernier alinéa ;

⑱ *b)* Il est inséré un avant-dernier alinéa ainsi rédigé : « Pour les raisons de santé publique mentionnées à l'article L. 5132-10, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut rendre obligatoire, pour certains médicaments antibiotiques définis au 19° de l'article L. 5121-1, la délivrance de ces médicaments à l'unité. » ;

⑲ 3° Les dispositions de l'article L. 5132-10 sont remplacées par les dispositions suivantes :

⑳ « *Art. L. 5132-10*. – I. – Pour des raisons de santé publique tenant à la prévention de l'apparition et de la diffusion des résistances bactériennes, afin de favoriser le bon usage ou en cas de risque de mésusage, les médicaments antibiotiques mentionnés au 19° de l'article L. 5121-1 sont soumis à des mesures particulières de prescription et de dispensation.

㉑ « II. – Parmi ces médicaments antibiotiques, ceux qui présentent un risque particulier de mésusage ou qui participent de manière significative à l'apparition ou à la diffusion de résistances bactériennes sont soumis à la mesure prévue par l'article L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale et à d'autres mesures renforcées de prescription et de dispensation. Un arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des médicaments antibiotiques concernés.

㉒ « III. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

㉓ 4° À l'article L. 6316-1, il est inséré un avant-dernier alinéa ainsi rédigé :

㉔ « Afin de prévenir l'apparition et la diffusion des résistances bactériennes et lorsque les conditions d'un examen clinique à distance ne permettent pas d'assurer la pertinence et la sécurité de la prescription, un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé, peut, pour certaines catégories de médicaments antibiotiques mentionnés au 19° de l'article L. 5121-1, fixer des conditions particulières à leur prescription au cours d'un acte de télémédecine ou limiter celle-ci à certaines situations cliniques. »

Article 29

① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 1411-8, il est inséré un troisième alinéa ainsi rédigé :

③ « Les professionnels de santé et structures de soins peuvent être tenus de participer aux programmes de dépistage lorsque l'accès effectif de la population aux examens en relevant est insuffisant. Le champ des professionnels et programmes concernés ainsi que les modalités de participation des professionnels et structures sont définis par décret en Conseil d'État » ;

④ 2° Au premier alinéa de l'article L. 6122-7, après les mots : « santé publique », sont insérés les mots « , notamment la réalisation des examens de dépistages mentionnés à l'article L. 1411-6, ».

⑤ II. – Le I de l’article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑥ « 10° Les sanctions applicables aux professionnels qui ne respectent pas l’obligation de participation à certains programmes de dépistage prévue au troisième alinéa de l’article L. 1411-8 du code de la santé publique. Ces sanctions sont proportionnées à la gravité et au caractère répété du manquement et ne peuvent intervenir qu’après une mise en demeure permettant au professionnel de régulariser sa situation et de présenter ses observations. »

CHAPITRE III

RENFORCER LA PERTINENCE ET L’EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Article 30

① I. Le 1° de l’article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

② « Évaluer, à la demande des ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale, la pertinence de la prise en charge par l’assurance maladie de médicaments ou de classes de médicaments inscrits au remboursement. Cette évaluation, dont les modalités sont précisées par décret en Conseil d’État, est conduite au regard de l’évolution des données acquises de la science, de la place de ces médicaments dans la stratégie thérapeutique, de l’existence d’alternatives thérapeutiques notamment celles nouvellement inscrites au remboursement ou de tout autre élément, en particulier médico-économique, pertinent.

③ « Procéder chaque année à la réévaluation, notamment du service médical rendu, de médicaments ou de classes de médicaments. Ces réévaluations portent sur des médicaments ou des classes de médicaments identifiés par la Haute Autorité de santé ou à la demande des ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale. À l’issue de cette réévaluation, et dans des conditions définies par décret, la Haute Autorité de santé peut demander à l’exploitant la transmission de données complémentaires en vue d’une nouvelle réévaluation dans un délai de cinq ans. À défaut de transmission de ces données dans le délai imparti, une pénalité pouvant atteindre 10 % du chiffre d’affaires annuel de la spécialité peut être prononcée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

④ Lorsque cette réévaluation conclut à l'absence de pertinence du maintien de la prise en charge par l'assurance maladie d'une spécialité inscrite au remboursement, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale rendent publiques, dans un délai de six mois à compter de cet avis, les suites qu'ils entendent y donner. »

⑤ II. Après l'article L. 5132-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5132-7-1 ainsi rédigé :

⑥ « *Art. L. 5132-7-1*. – Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, de sa propre initiative ou à la demande des ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale, procéder à la réévaluation de l'inscription sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 5132-6 des médicaments, classes de médicaments, substances ou préparations.

⑦ « Les titulaires des autorisations de mise sur le marché concernés transmettent à l'Agence, à sa demande, les données scientifiques nécessaires à cette réévaluation.

⑧ « Cette réévaluation est réalisée au regard des données scientifiques disponibles et tient compte des conditions de prescription des médicaments, classes de médicaments, substances ou préparations concernés dans d'autres États membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'espace économique européen.

⑨ « La décision résultant de cette réévaluation peut prévoir des exemptions au classement sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 5132-6 pour les médicaments ou classes de médicaments qui renferment des substances classées à des doses ou concentrations très faibles ou qui sont utilisés pendant une durée de traitement très brève. Ces exemptions peuvent être limitées à certaines indications thérapeutiques, formes pharmaceutiques ou voies d'administration, compositions, doses, concentrations maximales, quantités maximales pouvant être remises au public ou durées maximales de traitement.

⑩ « Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut assortir sa décision d'exigences relatives, notamment, à la notice, à l'étiquetage ou au conditionnement du médicament. »

Article 31

① I – Après l'article L. 162-5-14-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-14-3 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 162-5-14-3* – Par dérogation à l'article L. 162-14-1, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de cet article dus aux médecins par les assurés sociaux dans le cadre des activités de traitement du cancer par radiothérapie sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur la base de forfaits déterminés en fonction de la nature de la prise en charge, des techniques utilisées et des caractéristiques des patients. »

③ II – Afin de permettre que la fixation des tarifs prévue à l'article L. 162-5-14-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du I, intervienne avant le 1er mars 2027 et par dérogation au III de l'article L. 162-1-7 du même code, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder, jusqu'à cette date, à l'inscription des actes relevant du traitement du cancer par radiothérapie sur la liste prévue au I de cet article sans recueillir l'avis de la commission mentionnée au V du même article sur le rapport relatif à la description et à la hiérarchisation des actes établi par le Haut Conseil des nomenclatures.

Article 32

① I. – La section 4 du chapitre Ier du titre VI du livre Ier de la première partie du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

② 1° À l'article L. 161-33 :

③ *a)* Au troisième alinéa :

④ – les mots : « En cas de transmission électronique » sont remplacés par les mots : « Lorsque l'assuré fait l'avance de frais » ;

⑤ – les mots : « s'il les a transmis hors du délai prévu » sont remplacés par les mots : « s'il n'a pas respecté les délais et conditions de transmission prévus au premier alinéa, » ;

⑥ – après les mots : « tout ou partie des prestations servies à l'assuré » sont insérés les mots : « , dans les conditions prévues à l'article L. 133-4 » ;

⑦ *b)* Après le troisième alinéa, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

⑧ « Lorsque le professionnel de santé, l'organisme ou l'établissement dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie applique le tiers payant, s'il ne transmet pas à la caisse du bénéficiaire les documents mentionnés au premier alinéa dans les délais et conditions de transmission prévus à cet alinéa, et sans préjudice d'éventuelles sanctions prévues par les conventions nationales mentionnées au chapitre II du présent titre, la caisse peut exiger du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement concerné la restitution de tout ou partie des sommes qui lui ont été versées dans les conditions prévues à l'article L. 133-4. Pour son recouvrement, cette restitution est assimilée à une cotisation de sécurité sociale. » ;

⑨ 2° À l'article L. 161-34 :

⑩ *a)* Les mots : « les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et » sont supprimés ;

⑪ *b)* Les mots : « de ces modalités » sont remplacés par les mots : « des modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge » ;

⑫ *c)* Les mots : « ces modalités et » sont supprimés ;

⑬ 3° Au premier alinéa du I de l'article L. 161-35, les mots : « et centres de santé mentionnés aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnés à la quatrième partie du code de la santé publique, les transporteurs sanitaires, les prestataires de services et distributeurs de matériels, les sociétés de téléconsultation et les centres de santé, mentionnés respectivement aux articles L. 6312-2, L. 5232-3, L. 4081-1 et L. 6323-1 du même code, ainsi que les entreprises de taxi mentionnées à l'article L. 322-5 du présent code et les psychologues mentionnés à l'article L. 162-58 du présent code » ;

⑭ 4° Après l'article L. 161-35-1, il est inséré un article L. 161-35-2 ainsi rédigé :

⑮ « *Art. L. 161-35-2*. – Les logiciels des professionnels de santé assurant la facturation de produits et prestations pris en charge par l'assurance maladie sont agréés par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur la base d'un cahier des charges qu'il établit et selon une procédure définie par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale.

⑯ « Les éditeurs de logiciels sont tenus de faire évoluer dans les délais impartis les logiciels déployés auprès des professionnels de santé de manière à garantir leur conformité avec le cahier des charges établi par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

⑰ « Pour les logiciels proposant également des fonctionnalités de production de documents de santé, l'agrément est subordonné au fait de comporter des fonctionnalités permettant, par défaut, l'alimentation par le professionnel du dossier médical partagé du patient conformément à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique.

⑱ « En cas de retard de la mise à jour d'un logiciel agréé ou de non-respect des éléments d'agrément, hors les cas d'impossibilité technique, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, dans des conditions fixées par décret, prononcer une pénalité financière ou le retrait de l'agrément à l'encontre de l'entreprise éditant le logiciel qui n'a pas respecté les engagements mentionnés aux deuxième et troisième alinéas, après mise en demeure et recueil des observations de celle-ci. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité et de la durée du manquement constaté et, le cas échéant, du nombre de réitérations des manquements, sans pouvoir être supérieur :

⑲ « 1° À 1 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par l'éditeur au titre du dernier exercice clos pour l'année précédente, dans la limite d'un million d'euros ;

⑳ « 2° À 1 000 euros pour les personnes physiques et à 10 000 euros pour les personnes morales. » ;

㉑ 5° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 161-36-3 :

㉒ *a)* Après les mots : « dès lors » sont insérés les mots : « , d'une part, » ;

㉓ *b)* La phrase est complétée par les mots : « et, d'autre part, qu'il respecte les délais et conditions de transmission prévus au premier alinéa de l'article L. 161-33 » ;

㉔ 6° Après l’article L. 161-36-3, il est inséré un article L. 161-36-3-1 ainsi rédigé :

㉕ « *Art. L. 161-36-3-1*. – L’action des professionnels mentionnés à l’article L. 161-35, pour le paiement en tiers payant des prestations de l’assurance maladie, se prescrit par un an :

㉖ « 1° À compter de la date de réalisation des actes effectués ou des prestations servies ;

㉗ « 2° À compter de la date de réalisation ou de délivrance du dernier acte ou de la dernière prestation lorsque sont en cause plusieurs actes ou prestations rapprochés ou relevant d’un même traitement.

㉘ « Ces délais peuvent être prolongés, dans la limite d’un an supplémentaire, dans des conditions fixées par décret, pour les cas où un professionnel mentionné au premier alinéa fait face à un événement l’empêchant d’accomplir de manière durable les obligations de transmission des informations prévues aux articles L. 161-33 et L. 161-35. »

㉙ II. – Les dispositions des 1° à 3° et du 5° du I du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret, au plus tôt le 1er janvier 2028 et au plus tard le 1er janvier 2029.

Article 33

① I. – Le titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° À l’article L. 4021-1, après les mots : « professionnels de santé » sont insérés les mots : « qui ne relèvent pas d’un ordre professionnel », et les mots : « Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement » sont remplacés par les mots : « Ceux-ci doivent justifier, sur une période de six ans, de leur engagement » ;

③ 2° À l’article L. 4021-3 :

④ *a)* À la première phrase du premier alinéa, les mots : « qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation » sont supprimés ;

⑤ *b)* À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « de leur obligation de » sont remplacés par le mot : « du » ;

⑥ 3° À l’article L. 4021-5, les mots : « leur obligation de développement professionnel continu » sont remplacés par les mots : « l’obligation mentionnée à l’article L. 4021-1 » et les mots : « les instances ordinales, » sont supprimés ;

⑦ 4° À l’article L. 4021-6 :

⑧ *a)* Au premier alinéa :

⑨ i. Les mots : « L’Agence nationale du développement professionnel continu » sont remplacés par les mots : « La Haute Autorité de santé », et les mots : « et contribue à la gestion financière » sont remplacés par le mot : « scientifique » ;

⑩ ii. La phrase : « Elle exerce le contrôle de ce dispositif. » est remplacée par la phrase : « Elle exerce le contrôle de la qualité scientifique et pédagogique des actions de développement professionnel continu, elle assure, en lien avec la Caisse des dépôts et consignations, le conventionnement des organismes de formation et concourt à leur évaluation et à leur contrôle. » ;

⑪ iii. La phrase : « À cette fin, elle peut se faire communiquer toute pièce nécessaire à ce contrôle. » est remplacée par la phrase : « Elle peut se faire communiquer toute pièce nécessaire à l’exercice de ses missions. » ;

⑫ iv. La dernière phrase est supprimée ;

⑬ *b)* Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑭ « La gestion administrative et financière du dispositif de développement professionnel continu est assurée, pour l’ensemble des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d’exercice, par la Caisse des dépôts et consignations. À ce titre, elle assure le financement des actions, le contrôle administratif et financier du dispositif, la gestion du service dématérialisé et du traitement automatisé de données nécessaire à sa mise en œuvre, ainsi que, en lien avec la Haute Autorité de santé, le conventionnement des organismes de formation. Elle peut se faire communiquer toute pièce nécessaire à l’exercice de ses missions. » ;

⑮ *c)* Le deuxième alinéa, qui devient le troisième, est remplacé par les dispositions suivantes :

⑯ « Les ressources allouées à la Haute Autorité de santé et à la Caisse des dépôts et consignations pour l'exercice de ces missions sont constituées de contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie dont les montants sont fixés chaque année. »

⑰ *d)* Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

⑱ « Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de coordination entre la Haute Autorité de santé et la Caisse des dépôts et consignations pour l'exercice de leurs missions respectives. » ;

⑲ 5° Après l'article L. 4021-6, il est inséré un article L. 4021-6-1 ainsi rédigé :

⑳ « *Art. L. 4021-6-1*. – La Caisse des dépôts et consignations exerce les missions qui lui sont confiées au titre du développement professionnel continu dans le respect des orientations définies par l'État.

㉑ « Elle conclut avec l'État une convention pluriannuelle d'objectifs et de performance qui précise les objectifs et les modalités d'exercice des missions de gestion administrative et financière du développement professionnel continu, la part des ressources mentionnées à l'article L. 4021-6 destinée à financer les frais de mise en œuvre de ces missions, dont le financement du service dématérialisé et des traitements automatisés de données, ainsi que les modalités de contrôle et d'évaluation de ces missions.

㉒ « Elle transmet annuellement à l'État et à la Caisse nationale d'assurance maladie un rapport rendant compte de l'exécution de ces missions.

㉓ « L'État peut demander à la Caisse des dépôts et consignations toute information nécessaire à l'exercice de son contrôle. »

㉔ 6° À l'article L. 4021-7 :

㉕ *a)* Au 3°, les mots : « L'Agence nationale du développement professionnel continu » sont remplacés par les mots : « La Caisse des dépôts et consignations » ;

㉖ *b)* Le 3° *bis* est remplacé par les dispositions suivantes :

㉗ « 3° *bis* La Haute autorité de santé et la Caisse des dépôts et consignations établissent et mettent en œuvre, chacune pour ce qui la concerne, le plan de contrôle du dispositif » ;

㉘ 7° Au premier alinéa de l'article L. 4021-8, les mots : « de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, puis de l'Agence nationale du développement professionnel continu, » sont remplacés par les mots : « de l'Agence nationale du développement professionnel continu puis de la Caisse des dépôts et consignations » ;

㉙ 8° La section 2 du chapitre II du présent titre est abrogée ;

㉚ 9° Au premier alinéa de l'article L. 4022-8, les mots : « et après avis du conseil national de la certification périodique » sont supprimés ;

㉛ 10° Le présent titre est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

㉜ *« CHAPITRE III*

㉝ ***« Garanties scientifiques et déontologiques relatives au développement « professionnel continu et à la certification périodique***

㉞ « *Art. L. 4023-1*. – Une commission spécialisée de la Haute Autorité de santé est chargée :

㉟ « 1° D'élaborer les méthodes mentionnées à l'article L. 4021-3 nécessaires à la mise en œuvre du développement professionnel continu ;

㊱ « 2° De proposer la méthode d'élaboration des référentiels de certification périodique mentionnés à l'article L 4022-7, et, le cas échéant, de fournir au ministre chargé de la santé l'avis mentionné à l'article L 4022-8 ;

㊲ « 3° De définir les orientations scientifiques des dispositifs de développement professionnel continu et de certification périodique ;

㊳ « 4° D'élaborer le référentiel de conventionnement des organismes proposant des actions de développement professionnel continu ;

㊴ « 5° De rendre des avis publics en matière de développement professionnel continu et de certification périodique ;

⑩ « 6° De veiller à la prévention des conflits d'intérêts dans les travaux menés en matière de développement professionnel continu et de certification périodique ;

⑪ « 7° De formuler toute proposition relative à la qualité, à l'organisation et à l'évaluation de ces dispositifs ;

⑫ « 8° De préparer les délibérations du collège de la Haute Autorité de santé sur les travaux relatifs au développement professionnel continu et à la certification périodique.

⑬ « Un décret en Conseil d'État précise la composition et les règles de fonctionnement de cette commission. »

⑭ 11° Au premier alinéa de l'article L. 4135-1, les mots : « quatre ans » sont remplacés par les mots : « six ans » ;

⑮ II – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑯ 1° Après le 23° de l'article L. 161-37, il est inséré un 24° ainsi rédigé :

⑰ « 24° Définir les orientations scientifiques et les méthodes applicables au développement professionnel continu et à la certification périodique dans les conditions prévues au titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique. » ;

⑱ 2° Au troisième alinéa de l'article L. 161-41, après les mots : « L. 5123-3 » sont insérés les mots : « et L. 4023-1 » ;

⑲ 3° Au 2° de l'article L. 161-45 :

⑳ *a)* Les mots : « deux parts, » sont remplacés par les mots : « trois parts : » ;

㉑ *b)* Les mots : « l'une » sont remplacés par les mots : « la première » ;

㉒ *c)* Les mots : « l'autre » sont remplacés par les mots : « la deuxième au titre du financement des missions de la Haute Autorité de santé en matière de développement professionnel continu et de certification périodique et la troisième » ;

(53) III – L'ensemble des biens, droits et obligations, créances et dettes de l'Agence nationale du développement professionnel continu, afférents à l'exercice de ses missions, ainsi que les contrats et conventions conclus à cette fin et en cours de validité à la date d'entrée en vigueur du présent article, sont transférés de plein droit à la Haute Autorité de santé et à la Caisse des dépôts et consignations, au titre des missions qui leurs sont respectivement confiées par le présent article. Ce transfert est réalisé à titre gratuit et ne donne lieu ni à versement de la contribution prévue à l'article 879 du code général des impôts, ni à perception à perception d'impôts, de droits ou de taxes de quelque nature que ce soit.

(54) IV – Les personnels de l'Agence nationale du développement professionnel continu sont transférés, sauf décision contraire, à la Haute Autorité de santé et à la Caisse des dépôts et consignations au titre des missions qui leur sont respectivement confiées par le présent article. Les agents contractuels de droit public conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat et restent régis par les dispositions qui leur sont applicables à la date du transfert. Les fonctionnaires affectés, détachés ou mis à disposition de l'Agence sont affectés, détachés ou mis à disposition de la Haute Autorité de santé ou de la Caisse des dépôts et consignations jusqu'au terme de leur détachement ou de leur mise à disposition, sauf décision contraire.

(55) V – Les organismes de développement professionnel continu conservent le bénéfice de leur enregistrement ou de leur évaluation par l'Agence nationale du développement professionnel continu pour la durée restant à courir. La Haute Autorité de santé et la Caisse des dépôts et consignations assurent, chacune pour ce qui la concerne, la poursuite des procédures d'enregistrement, d'évaluation et de contrôle en cours à la date d'entrée en vigueur du présent article. La Caisse des dépôts et consignations assure la continuité des opérations de gestion administrative et financière en cours à la date d'entrée en vigueur du présent article, notamment les paiements afférents aux actions de développement professionnel continu réalisées.

⑯ VI – Les systèmes d'information utilisés par l'Agence nationale du développement professionnel continu sont transférés à la Caisse des dépôts et consignations dans des conditions garantissant la continuité du service. Ce transfert comprend l'ensemble des données, applications, droits d'accès, infrastructures et licences nécessaires à la gestion du dispositif. La Caisse des dépôts et consignations en assure l'exploitation, la maintenance, la sécurisation et l'évolution. La Haute Autorité de santé dispose d'un accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions. Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application de ces dispositions.

⑰ VII – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 31 décembre 2027.

⑱ Au deuxième alinéa de l'article 3 de l'ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021, les mots : « en exercice au 1er janvier 2023 dispose d'un délai de neuf ans » sont remplacés par les mots : « en exercice au 1er janvier 2026 disposent d'un délai courant jusqu'au 1er janvier 2032 », et les mots : « qui commence à compter de cette date » sont supprimés.

CHAPITRE IV

PÉRENNISER LE SYSTÈME DE RETRAITES ET LE RENDRE PLUS ÉQUITABLE

Article 34

① I. – Le code des pensions civiles et militaires de retraite est ainsi modifié :

② 1° Au *b* de l'article L. 12, les mots : « énumérés au II de l'article L. 18 » sont remplacés par les mots : « ouvrant droit aux majorations mentionnées aux articles L. 18 et L. 18 *bis* » ;

③ 2° L'article L. 16 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

④ « Les montants des majorations mentionnées aux articles L 18 et L. 18 *bis* du présent code sont fixés par décret et revalorisés dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. » ;

⑤ 3° L'article L. 18 est ainsi rédigé :

⑥ « La majoration forfaitaire de pension prévue à l'article L. 173-1-6 du code de la sécurité sociale est accordée aux titulaires ayant eu ou élevé un nombre minimum d'enfants. » ;

⑦ 4° Après l’article L. 18, sont insérés deux articles L. 18 *bis* et L. 18 *ter* ainsi rédigés :

⑧ « *Art. L. 18* bis. – Une majoration forfaitaire complémentaire de pension est accordée aux titulaires qui bénéficient de la majoration mentionnée à l’article L. 18. Son montant varie en fonction du nombre d’enfants.

⑨ « Les conditions d’ouverture du droit à cette majoration et ses modalités de calcul sont fixées par décret en Conseil d’État.

⑩ « *Art. L. 18* ter. – Le montant de la pension majorée en application des articles L. 18 et L. 18 *bis* ne peut excéder le montant du traitement ou de la solde mentionné à l’article L. 15. En cas de dépassement, le montant de ces majorations est réduit à due proportion.

⑪ « Sur décision du juge pénal, le titulaire ne peut bénéficier des majorations mentionnées aux articles L. 18 et L. 18 *bis* s’il a été privé de l’exercice de l’autorité parentale ou s’est vu retirer l’autorité parentale consécutivement à une condamnation pénale au titre des crimes ou délits prévus à la section 1 du chapitre I^{er} du titre II du livre II du code pénal ou aux paragraphes 1 et 2 des sections 1 et 3 du chapitre II du même titre II, lorsque ces crimes ou délits ont été commis à l’encontre d’un des enfants. » ;

⑫ 5° Au dernier alinéa du 3° du I et au dernier alinéa du 1° *bis* du II de l’article L. 24, les mots : « enfants énumérés au II de l’article L. 18 que l’intéressé a élevés dans les conditions prévues au III dudit article » sont remplacés par les mots : « autres enfants ouvrant droit aux majorations mentionnées aux articles L. 18 et L. 18 *bis* élevés dans les conditions prévues pour l’ouverture de ce droit » ;

⑬ 6° À l’article L. 30 *ter* :

⑭ *a)* Les mots : « au V de l’article L. 18 » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa de l’article L. 18 *ter* » ;

⑮ *b)* Après les mots : « aux articles L. 18 », sont insérés les mots : « , L. 18 *bis* » ;

⑯ 7° Le 2° de l’article L. 38 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑰ « 2° La moitié des majorations prévues aux articles L. 18 et L. 18 *bis*, obtenues ou qu’aurait pu obtenir le fonctionnaire, si le bénéficiaire de la pension de réversion a élevé les enfants ouvrant droit à ces majorations dans les conditions prévues pour l’ouverture de ce droit. » ;

⑱ 8° À l’article L. 89 :

⑲ *a)* À la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « à la majoration de pension prévue à l’article L. 18 » sont remplacés par les mots : « aux majorations prévues aux articles L. 18 et L. 18 *bis* » ;

⑳ *b)* Au second alinéa, les mots « de la majoration prévue à l’article L. 18 » sont remplacés par les mots : « des majorations prévues aux articles L. 18 et L. 18 *bis* ».

㉑ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

㉒ 1° Au premier alinéa de l’article L 732-38, dans sa rédaction antérieure à l’article 87 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, après la référence : « L. 351-12 », sont insérés les mots : « ainsi que le troisième alinéa de l’article L. 353-1 » ;

㉓ 2° À l’article L. 781-29, le dernier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

㉔ « Par dérogation au premier alinéa :

㉕ « 1° Les articles L. 732-39 et L. 732-40, dans leur rédaction résultant de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 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 1er janvier 2027 ;

㉖ « 2° L’article L. 732-38, dans sa rédaction résultant de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2027, est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1er juillet 2027. »

㉗ III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

㉘ 1° Après l'article L. 173-1-5, il est inséré un article L. 173-1-6 ainsi rédigé :

㉙ « *Art. L. 173-1-6.* – La pension attribuée par un régime d'assurance vieillesse de base est majorée d'un montant forfaitaire pour tout assuré ayant eu ou élevé un nombre minimum d'enfants. Son montant est fixé par décret et revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1.

㉚ « Les conditions d'ouverture du droit et les modalités de calcul de cette majoration sont précisées par décret en Conseil d'État.

㉛ « Les modalités de versement de cette majoration sont précisées par décret. » ;

㉜ 2° À l'article L. 342-4 :

㉝ *a)* Au deuxième alinéa, les mots : « d'un pourcentage déterminé » sont remplacés par les mots : « d'un montant forfaitaire, déterminé par décret et revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

㉞ *b)* Le dernier alinéa est supprimé ;

㉟ 3° À l'article L. 351-12 :

㊱ *a)* Après le mot « assortie », les mots : « d'une majoration pour tout assuré de l'un ou de l'autre sexe ayant eu un nombre minimum d'enfants » sont remplacés par les mots : « de la majoration prévue à l'article L. 173-1-6. » ;

㊲ *b)* Les deuxième et troisième alinéas sont supprimés ;

㊳ 4° Le troisième alinéa de l'article L. 353-1 est remplacé par les dispositions suivantes ainsi rédigé : « Lorsque le bénéficiaire remplit les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 173-1-6, sa pension de réversion est majorée d'un montant forfaitaire déterminé par décret et revalorisé dans les conditions prévues à l'articles L. 161-23-1. » ;

㊴ 5° Au troisième alinéa de l'article L. 353-3, les mots : « à l'article L. 351-12 » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa de l'article L. 173-1-6 » et l'alinéa est complété par les mots : « du montant forfaitaire prévu au troisième alinéa de l'article L. 353-1 » ;

⑩ 6° Au deuxième alinéa de l’article L. 357-10 :

⑪ *a)* À la première phrase, après les mots : « est majorée », sont insérés les mots : « d’un montant forfaitaire, déterminé par décret et revalorisé dans les conditions prévues à l’article L. 161-23-1, » et les mots : « à l’article L. 351-12 » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa de l’article L. 173-1-6 » ;

⑫ *b)* La seconde phrase est supprimée.

⑬ IV. – Le code des transports est ainsi modifié :

⑭ 1° L’article L. 5552-20 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑮ « Les montants des majorations mentionnées à l’article L. 5552-22 sont fixés par décret et revalorisés dans les conditions prévues à l’article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. » ;

⑯ 2° L’article L. 5552-22 est ainsi rédigé :

⑰ « *Art. L. 5552-22*. – I. – La majoration forfaitaire de pension prévue à l’article L. 173-1-6 du code de la sécurité sociale est accordée aux titulaires ayant eu ou élevé un nombre minimum d’enfants.

⑱ « II. – Une majoration forfaitaire complémentaire de pension est accordée aux titulaires ayant eu ou élevé un nombre minimum d’enfants. Son montant varie en fonction du nombre d’enfants.

⑲ « Les conditions d’ouverture du droit à cette majoration et ses modalités de calcul sont fixées par décret en Conseil d’État.

⑳ « III. – Sur décision du juge pénal, le titulaire ne peut bénéficier des majorations mentionnées aux I et II s’il a été privé de l’exercice de l’autorité parentale ou s’est vu retirer l’autorité parentale consécutivement à une condamnation pénale au titre des crimes ou délits prévus à la section 1 du chapitre I^{er} du titre II du livre II du code pénal ou aux paragraphes 1 et 2 des sections 1 et 3 du chapitre II du même titre II, lorsque ces crimes ou délits ont été commis à l’encontre d’un des enfants. »

51 V. – Le 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 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

52 « Par dérogation au premier alinéa du présent B, l'article L. 732-38, dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2027, s'applique aux pensions prenant effet entre le 1er juillet et le 31 décembre 2027. »

53 VI. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux pensions prenant effet à compter du 1er juillet 2027.

Article 35

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

2 II. – Les pensions, majorations, accessoires et suppléments mentionnés au I sont revalorisés en fonction du montant mensuel total, au 31 décembre 2026, des pensions de vieillesse de droit direct et dérivé servies à l'assuré par les régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, y compris leurs majorations, accessoires et suppléments, à l'exception de la majoration mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale, comme suit :

3 *a)* Ils sont revalorisés à hauteur du coefficient mentionné à l'article L. 161-23-1 du même code lorsque le montant total mentionné au premier alinéa est inférieur ou égal à 1 260 euros ;

4 *b)* Lorsque ce montant total est supérieur à 1 260 euros et inférieur ou égal à, respectivement, 1 265, 1 270, 1 275 et 1 281 euros, ils sont revalorisés à hauteur du coefficient mentionné à l'article L. 161-23-1, réduit, sans pouvoir être inférieur à un et pour chacune de ces catégories de revenus, par l'application d'un coefficient fixé par décret.

⑤ III. – Sans préjudice de l'application des dispositions du *b* du II du présent article et en tenant compte de la situation financière du système de retraite, peuvent être fixés par décret des coefficients de revalorisation des pensions, majorations, accessoires et suppléments mentionnés au I du présent article servis aux assurés dont le montant total mentionné au premier alinéa du même II est supérieur à 1 260 euros.

⑥ Ces coefficients, qui ne peuvent être inférieurs à un, sont fixés dans les conditions suivantes :

⑦ *a)* Lorsque le montant total de pensions mentionné au premier alinéa du II du présent article est inférieur ou égal à, respectivement, 1 265, 1 270, 1 275 et 1 281 euros, le décret prévoit, pour chacune de ces catégories de revenus, des coefficients inférieurs ou égaux à celui prévu au *a* du II, sous réserve qu'ils ne soient pas inférieurs au coefficient résultant de l'application des dispositions du *b* du même II ;

⑧ *b)* Lorsque le montant total de pensions mentionné au premier alinéa du II du présent article est supérieur à 1 281 euros et inférieur ou égal à, respectivement, 2 000, 2 007, 2 014, 2 021, 2 028 et 2 034 euros, le décret prévoit, pour chacune de ces catégories de revenus, des coefficients inférieurs ou égaux au plus petit des coefficients prévus au *a* du présent III ;

⑨ *c)* Lorsque le montant total de pensions mentionné au premier alinéa du II du présent article est supérieur à 2 034 euros, le coefficient est inférieur ou égal au plus petit des coefficients prévus au *b* du présent III.

⑩ La fixation des coefficients de revalorisation des pensions, majorations, accessoires et suppléments mentionnés au I du présent article, résultant des dispositions du présent III, ne peut conduire à ce qu'ils soient revalorisés, au titre de l'année 2027, d'un coefficient inférieur à un, ni supérieur au coefficient prévu à l'article L. 161-23-1 du même code.

⑪ Tout décret prévu au présent III s'applique aux pensions dues à compter du 1er janvier 2027.

⑫ Jusqu'à la publication d'un décret mentionné au présent III ou à défaut d'une telle publication au plus tard le 31 octobre 2027, le coefficient de revalorisation des pensions, majorations, accessoires et suppléments mentionnés au même III est fixé, au titre de l'année 2027, à un, à l'exception des pensions, majorations, accessoires et suppléments revalorisés en application du *b* du II du présent article.

⑬ IV. – Pour les régimes de retraite dont tout ou partie de la pension est exprimée en points, un décret précise les modalités selon lesquelles il est procédé, au titre de l'année 2027, à l'attribution de points supplémentaires ou à l'application d'un coefficient pour la mise en œuvre de la revalorisation définie au présent article.

CHAPITRE V

GARANTIR L'ÉQUITÉ DES PRESTATIONS FAMILIALES

Article 36

① I. – Après l'article L. 732-12-3 du code rural et de la pêche maritime, sont insérés trois articles L. 732-12-4, L. 732-12-5 et L. 732-12-6 ainsi rédigés :

② « *Art. L. 732-12-4*. – Les assurés mentionnés aux 1° et 2°, au *a* du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 qui cessent leur activité afin d'assumer la charge d'un enfant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants bénéficient d'une allocation de remplacement pour couvrir les frais exposés par leur remplacement dans les travaux de l'exploitation agricole, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par une personne salariée d'un groupement d'employeurs ayant conclu avec la caisse de mutualité sociale agricole de la circonscription une convention à cet effet, ou à défaut, par une personne salariée directement recrutée à cette fin.

③ « Le droit à l'allocation de remplacement est ouvert dans les conditions prévues à l'article L. 544-2 du code de la sécurité sociale et est soumis à l'accord préalable du service du contrôle médical prévu à l'article L. 732-5.

④ « La durée maximale de versement de l'allocation de remplacement est fixée à cent jours, lesquels peuvent être répartis au cours d'une période dont la durée est fixée par décret.

⑤ « À titre exceptionnel, l'allocation de remplacement peut être versée pendant un maximum de cent jours supplémentaires au cours de la période mentionnée au troisième alinéa du présent article, lorsqu'un nouveau certificat médical établi par le médecin qui suit l'enfant en atteste la nécessité et est confirmé par un accord préalable du service du contrôle médical prévu à l'article L. 732-5.

⑥ « Le droit à l'allocation de remplacement peut être de nouveau ouvert à l'issue de la période mentionnée au troisième alinéa du présent article, dès lors que les conditions mentionnées à l'article L. 732-12-4 sont réunies, dans les situations qui suivent :

⑦ « 1° En cas de rechute ou de récidive de la pathologie de l'enfant au titre de laquelle le droit à l'allocation de remplacement avait été ouvert ;

⑧ « 2° Lorsque la gravité de la pathologie de l'enfant au titre de laquelle le droit à l'allocation de remplacement avait été ouvert nécessite toujours une présence soutenue et des soins contraignants.

⑨ « Un décret détermine les modalités d'application du présent article, notamment la durée maximale de la période de versement de l'allocation de remplacement, la limite d'âge de l'enfant, les montants de l'allocation de remplacement ainsi que les conditions de son versement.

⑩ « *Art. L. 732-12-5*. – Lorsque le remplacement prévu à l'article L. 732-12-4 ne peut pas être effectué, les assurés qui cessent leur activité bénéficient de l'allocation journalière de présence parentale dans les conditions prévues aux articles L. 544-1 à L. 544-10 du code de la sécurité sociale.

⑪ « *Art. L. 732-12-6*. – L'allocation de remplacement prévue à l'article L. 732-12-4 n'est pas cumulable avec les dispositifs suivants :

⑫ « 1° L'allocation prévue à l'article L. 544-1 du code de sécurité sociale au cours de la période prévue au troisième alinéa de l'article L.732-12-4 ;

⑬ « 2° Les indemnités journalière mentionnées aux articles L. 732-4 et L. 752-5 ;

⑭ « 3° Les prestations mentionnées aux articles L. 732-10 à L. 732-12-3 ;

⑮ « 4° La prestation partagée d'éducation de l'enfant ;

⑯ « 5° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant ;

⑰ « 6° L'allocation aux adultes handicapés. »

⑱ II. – Le 6° de l’article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est complété par un *e*) ainsi rédigé :

⑲ « *e)* De la totalité du montant des allocations versées dans les conditions prévues à l’article L. 732-12-4 du code rural et de la pêche maritime ; ».

⑳ III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er juillet 2027.

Article 37

① I. – À l’article L. 512-2 du code de la sécurité sociale :

② 1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

③ *a)* Le mot : « titre » est remplacé par les mots : « document de séjour » ;

④ *b)* Après les mots : « en France » sont insérés les mots : « et qui y résident depuis au moins un an au sens de l’article L. 111-2-3. » ;

⑤ 2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑥ « Cette condition de durée de résidence n’est pas applicable pour le bénéfice des prestations familiales mentionnées aux 5°, 8° et 9° de l’article L. 511-1 et ne s’applique pas aux réfugiés, aux bénéficiaires de la protection subsidiaire, aux apatrides ni aux ressortissants étrangers qui, en application du droit de l’Union européenne ou d’un accord international conclu par l’Union ou la France, bénéficient d’un droit à l’égalité de traitement avec les ressortissants nationaux. » ;

⑦ 3° Au troisième alinéa, qui devient le quatrième, les mots : « Ces étrangers bénéficient des prestations familiales sous réserve qu’il soit justifié, » sont remplacés par les mots : « Les étrangers titulaires d’un document de séjour ne les autorisant pas à travailler bénéficient des prestations familiales sous réserve qu’il soit également justifié, » ;

⑧ 4° À la fin du cinquième alinéa, qui devient le sixième, le signe : « ; » est remplacé par le signe : « . » ;

⑨ 5° Les sixième à dixième alinéas, qui deviennent les septième à onzième alinéas, sont supprimés ;

⑩ 6° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

⑪ *a)* À la première phrase, le mot : « titres » est remplacé par les mots : « documents de séjour » ;

⑫ *b)* À la seconde phrase, les mots : « que ces étrangers ont à charge » sont remplacés par les mots : « à charge d'étrangers titulaires d'un document de séjour ne les autorisant pas à travailler ».

⑬ II. – L'ordonnance n° 2026-647 du 22 juillet 2026 relative à l'extension et à l'adaptation du code de la sécurité sociale à Mayotte et à l'accélération de la convergence sociale en matière de sécurité sociale et de minima sociaux est ainsi modifiée :

⑭ *a)* Au 2° du I de l'article 2, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » ;

⑮ *b)* Au quatrième alinéa du 12° du B de l'article 8, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois ».

⑯ III. – Les 1° et 2° du I et le II s'appliquent aux droits ouverts à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard le 1er juillet 2027.

CHAPITRE VI

RENFORCER LA PERTINENCE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE

Article 38

Au premier alinéa du A du I de l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, modifié par l'article 82 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, le nombre : « 2026 » est remplacé par le nombre : « 2027 ».

Article 39

① La section 1 du chapitre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 314-2-3-1 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 314-2-3-1*. – Les établissements mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12 et les services mentionnés au 1° de l'article L. 313-1-3 sont intéressés financièrement à l'efficience et à la pertinence des activités de soins et de prévention de la perte d'autonomie dont le financement relève de l'agence régionale de santé.

③ « En fonction des résultats obtenus par les établissements et services 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 mesurant l'efficience et la pertinence des activités de soins et de prévention de la perte d'autonomie mises en œuvre, le directeur général de l'agence régionale de santé peut leur attribuer une dotation complémentaire.

④ « Ces objectifs peuvent être communs aux établissements et services mentionnés au premier alinéa du présent article et aux établissements de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale, opérant de façon coordonnée sur le territoire de santé mentionné à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique.

⑤ « Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »

TITRE II

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 40

① I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 411 millions d'euros pour l'année 2027.

② II. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 189 millions d'euros pour l'année 2027.

Article 41

① 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 214 millions d'euros pour l'année 2027.

② 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 349,05 millions d'euros pour l'année 2027.

③ 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 56,18 millions d'euros pour l'année 2027.

④ 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 145,14 millions d'euros pour l'année 2027.

⑤ V. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est fixé à 70,45 millions d'euros pour l'année 2027.

⑥ 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 76,20 millions d'euros pour l'année 2027.

⑦ 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 129,40 millions d'euros pour l'année 2027.

⑧ 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 55,68 millions d'euros pour l'année 2027.

⑨ 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 19,25 millions d'euros pour l'année 2027.

⑩ 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 12,24 millions d'euros pour l'année 2027.

⑪ 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 42,76 millions d'euros pour l'année 2027.

⑫ XII. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement des missions relatives au développement professionnel continu des professionnels de santé mentionnées aux articles L. 4021-6 et L. 4021-6-1 du code de la santé publique est fixé à un maximum de 230,53 millions d'euros pour l'année 2027.

⑬ XIII. – Les montants des dotations octroyées aux entités mentionnées aux I à XI du présent article peuvent, par arrêté des ministres chargés de la santé et de sécurité sociale, être complétés dans le respect d'un plafond global correspondant au montant du sixième sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article 43 ou ajustés pour tenir compte de l'existence d'un risque prévisible de dépassement dudit objectif national des dépenses d'assurance maladie, du niveau des dépenses contraintes constatées pour chacun de ces organismes en cours d'année ou des besoins liées à la gestion de crises.

Article 42

Pour l’année 2027, l’objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès est fixé à 277,1 milliards d’euros pour l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 43

① Pour l’année 2027, l’objectif national de dépenses d’assurance maladie de l’ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

②

(en milliards d’euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	118,3
Dépenses relatives aux établissements de santé	116,0
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	18,8
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	16,3
Dépenses relatives au Fonds d’intervention régional et soutien à l’investissement	5,9
Autres prises en charge	3,4
Total	**278,7**

Article 44

① I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante est fixé à 325 millions d’euros pour l’année 2027.

② II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 453,3 millions d'euros pour l'année 2027.

③ III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 2 milliards d'euros pour l'année 2027.

④ IV. – Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et 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 respectivement fixés à 302,7 millions d'euros et 21,68 millions d'euros pour l'année 2027.

Article 45

Pour l'année 2027, l'objectif de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles est fixé à 19,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 46

Pour l'année 2027, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse est fixé à 316,2 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 47

Pour l'année 2027, l'objectif de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale est fixé à 60,2 milliards d'euros.

Article 48

Pour l'année 2027, l'objectif de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale est fixé à 44,4 milliards d'euros.

ANNEXE

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES ANNÉES 2027 À 2030

① En 2026, le déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale devrait se stabiliser à un niveau proche de celui de 2025 (21,8 milliards d'euros selon les prévisions actualisées figurant dans la présente loi contre 21,6 milliards d'euros en 2025, y compris l'excédent du fonds de solidarité vieillesse). La croissance des dépenses (+2,6 %) serait inférieure à celle de l'année précédente en raison notamment du ralentissement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui évoluerait de 2,8 % grâce à la hausse des plafonds des participations forfaitaires et franchises et l'annulation des dotations mises en réserve, et, s'agissant des autres dépenses, des effets de la moindre l'inflation de 2025 sur les revalorisations légales des prestations sociales, principalement les pensions de retraite, revalorisées de 0,9 % au 1er janvier 2026. Les recettes devraient connaitre une croissance équivalente à celle de l'année précédente (+2,6 %), leur dynamique ayant été préservée de l'impact que les hausses du SMIC auraient spontanément pu avoir sur le coût des allègements généraux de cotisations patronales par la décision d'un gel du barème de la réduction générale dégressive unique.

② I. – La loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 s'inscrit dans un contexte macroéconomique de faible croissance et d'inflation relativement soutenue

③ L'hypothèse de croissance du produit intérieur brut (PIB) en volume retenue pour 2027 est de 1,0 %, après une évolution de 0,5 % en 2026. À moyen terme, la croissance du PIB en volume atteindrait 1,2 % par an en 2030. Le PIB en valeur évoluerait quant à lui de 2,7 % en 2027, 2,8 % en 2028 et 2029 et 2,9 % en 2030, après 2,0 % en 2026. L'inflation devrait être soutenue en 2026 (2,1 % au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac) avant de ralentir en 2027 (1,7 %) et se stabiliser à 1,75 % à compter de 2028. La masse salariale du secteur privé, qui devrait progresser de 1,6 % en 2026, croîtrait de 2,4 % en 2027, puis continuerait d'accélérer pour atteindre un rythme annuel de 3,1 % en 2030.

④ Le tableau ci-dessous détaille les principales hypothèses d'évolution retenues pour l'élaboration des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

⑤

	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)	2030 (p)
PIB en volume.....	0,9 %	0,5 %	1,0 %	1,1 %	1,1 %	1,2 %
PIB en valeur.....	2,0 %	2,0 %	2,7 %	2,8 %	2,8 %	2,9 %
Masse salariale du secteur privé *	1,8 %	1,6 %	2,4 %	3,1 %	3,3 %	3,1 %
Inflation hors tabac	0,9 %	2,1 %	1,7 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %

** Masse salariale du secteur privé hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et prime de partage de la valeur ajoutée.*

⑥ **II. – Les mesures de la loi de financement conduiront à réduire fortement les déficits des régimes de base**

⑦ **A. Situation globale des régimes de base**

⑧ En 2027, le solde des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) devrait atteindre – 12,7 milliards d'euros, soit une amélioration de 9,1 milliards d'euros par rapport à 2026. Cette résorption du déficit trouve son origine dans les mesures de la présente loi. En effet, malgré la dynamique de la masse salariale (+ 2,4 % en 2027 après + 1,6 % en 2026), couplée au repli spontané du coût des allègements généraux dans un contexte de décompression des salaires, un à-coup positif en 2027 sur le montant des cotisations acquittées par les travailleurs non-salariés, la réforme de leur assiette ayant, pour des raisons de transition vers le nouveau système, grevé le solde en 2026, et une nouvelle hausse du taux de cotisations dues par les employeurs territoriaux et hospitaliers, la dynamique des dépenses aurait été, en l'absence de mesures de redressement, supérieure à celle des recettes (respectivement + 3,4 % et +3,2 %). Ce rythme soutenu d'évolution tendancielle des dépenses s'explique par l'effet différé en 2027 du regain d'inflation en 2026 et par des dépenses relevant du champ de l'ONDAM tendanciellement dynamiques (+ 3,4 %).

⑨ La résorption du déficit tient aux mesures adoptées, en particulier celles sur les dépenses, qui représentent un rendement d'environ 9 milliards d'euros. Ces mesures sont détaillées ci-après ; elles consistent essentiellement en 3 milliards d'euros (après prise en compte des effets de répercussion sur la CSG remplacement) de ralentissement des dépenses de pensions de retraite en l'absence de revalorisation par voie réglementaire des pensions dont le montant cumulé pour les intéressés dépasse 1 260 euros par mois, en 1,6 milliard d'euros d'économies concernant les dépenses de la branche famille et en près de 4,0 milliards d'euros d'économies pour les dépenses relevant du champ de l'ONDAM.

⑩

	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)	2030 (p)
Revalorisations des pensions de retraite, en moyenne annuelle*.....	2,2 %	0,9 %	0,2 %	2,0 %	1,7 %	1,8 %
Revalorisations des prestations revalorisées au 1er avril, en moyenne annuelle**	2,4 %	1,0 %	0,2 %	1,3 %	1,75 %	1,75 %
ONDAM***	3,4 %	2,8 %	2,0 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %

⑪ * Évolutions en moyenne annuelle incluant, pour l'année 2027, les effets de la mesure d'indexation partielle des pensions de retraites de base prévue par la présente loi. Le tableau présente la moyenne des taux de revalorisation pondérée par les niveaux de pension. À compter de 2028 est retenue une revalorisation pour l'ensemble des pensions selon les règles de revalorisation actuellement en vigueur.

⑫ ** Évolutions en moyenne annuelle incluant, pour l'année 2027, les effets de la mesure de stabilisation du barème des prestations familiales au 1er avril 2027. À compter de 2028, est retenue une revalorisation des prestations familiales selon les règles de revalorisation actuellement en vigueur.

⑬ *** Le taux d'évolution de l'ONDAM pour les années 2028, 2029 et 2030 est ici fixé à un niveau égal à celui des dernières années couvertes par la dernière loi de programmation des finances publiques.

⑭ L'ONDAM est fixé en hausse de 2,0 % en 2027. L'évolution tendancielle des dépenses qui en relèvent (3,4 %), qui tient compte de déterminants démographiques, épidémiologiques, de l'inflation et des progrès techniques, sera modérée notamment par plusieurs mesures réglementaires prises en 2026 et montant en charge en 2027, en particulier des hausses de tickets modérateurs dont l'effet sera d'1,2 milliard d'euros, la fin de la prise en compte des arrêts de travail de longue durée ne relevant pas d'affections de longue durée (ALD) comme motif de prise en charge des transports sanitaires, pour un rendement de 0,1 milliard d'euros en 2027, la réduction à douze mois de la durée de prescription de ces mêmes arrêts de travail de longue durée, pour un rendement de 0,1 milliard d'euros en 2027, et la baisse à 1,8 SMIC du plafond des revenus pris en compte pour le calcul des indemnités journalières d'accidents du travail et maladies professionnelles, pour un rendement de 0,2 milliard d'euros.

⑮ Des mesures d'économies supplémentaires, pour 5,1 milliards d'euros, devraient venir gager les mesures nouvelles en dépenses (1,2 milliard d'euros) et abaisseraient ainsi l'évolution des dépenses de 3,9 milliards d'euros au total par rapport au tendanciel. Des mesures d'économies sur les produits de santé devraient rapporter 2,1 milliard d'euros ; les dépenses d'indemnités journalières d'assurance maladie devraient diminuer de 1 milliard d'euros ; 0,7 milliard d'euros devraient provenir de baisses de taux de remboursement et de transferts vers les assurances maladie complémentaires ; 0,9 milliard d'euros devraient résulter des efforts d'efficience dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et 0,3 milliard d'euros d'économies sur des dépenses de soins de ville. Les dotations au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) et au fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) seront par ailleurs réduites de 0,2 milliard d'euros par rapport à 2026.

⑯ Les mesures nouvelles portant sur les recettes, avant transferts entre l'État et la sécurité sociale, devraient avoir un rendement de plus de 6 milliards d'euros, en sus de la reprise en base des mesures engagées en cours d'année 2026 pour un peu moins de 3 milliards d'euros. Les principales mesures en recettes passent par la rationalisation des modalités de prise en compte des rémunérations attribuées dans le cadre du partage de la valeur en entreprise dans le calcul des allègements généraux pour un rendement de 3,7 milliards d'euros nets, la reconduction d'une contribution des organismes complémentaires santé en 2027 de 1,1 milliard d'euros, une hausse de 3 points du taux de CSG appliquée sur les indemnités journalières maladie pour un rendement de 0,4 milliard d'euros, l'instauration de deux contributions sur les produits transformés sucrés ou contenant des édulcorants, pour un rendement de 0,3 milliard d'euros, l'unification du régime social applicable aux indemnités de rupture, pour un rendement de 0,3 milliard d'euros, et une réforme de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, pour un rendement de 0,3 milliard d'euros.

⑰ Sera de plus affecté à la sécurité sociale le rendement de la fiscalisation à 50 % des indemnités journalières (IJ) versées en cas de maladie au titre d'ALD et en totalité (au lieu de 50 % aujourd'hui) pour celles attribuées en cas d'accidents du travail ou des maladies professionnelles, pour un montant total de 1,0 milliard d'euros en 2027. Inversement, la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale au titre de la compensation du coût des allègements généraux sera minorée à concurrence de l'économie, par rapport à ce qui aurait pu résulter spontanément des effets des hausses du SMIC, tirée du gel du barème de la réduction générale, soit 5,6 milliards d'euros. La sécurité sociale rétrocèdera également l'équivalent du rendement prévu de la mesure de fiscalisation à 100 % de l'ensemble des IJ ALD qui lui avait été affecté sous forme de TVA en 2026, la mesure présentée dans le projet de loi de finances pour 2026 n'ayant finalement pas été adoptée.

⑱ Entre 2028 et 2030, le déficit se creuserait de nouveau progressivement. Malgré la dernière hausse programmée du taux de cotisations des employeurs à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), soit un surcroît de recettes de1,8 milliard d'euros, et un rendement de la réforme des retraites de 2023, net de l'effet de la suspension décidée en LFSS pour 2026, de 1,9 milliard d'euros en 2028 (après 0,8 milliard en 2027, en tenant compte de la rétrocession à la sécurité sociale des économies générées pour le régime de retraites des fonctionnaires d'État), la dégradation serait plus marquée en 2028 avec un solde des régimes obligatoires de base de sécurité sociale attendu à – 14,4 milliards d'euros, soit une dégradation de 1,7 milliard d'euros, en raison notamment du caractère non pérenne de la reconduction de la participation des organismes complémentaires santé reconduite seulement pour 2027.

⑲ La dégradation du déficit serait ensuite progressive et contenue sous l'effet d'une progression de l'ONDAM retenue à 2,9 % par an, soit le taux figurant pour les dernières années dans la loi de programmation des finances publiques actuellement en vigueur, de la poursuite de la montée en charge des effets de la réforme des retraites de 2023, nets de l'effet de la suspension décidée en LFSS 2026 (+2,8 milliards d'euros en 2029 puis 3,7 milliards d'euros en 2030, y compris la rétrocession des économies générées pour le régime de retraites des fonctionnaires d'État) et de ceux des mesures de la LFSS pour 2026 (décalage de 14 à 18 ans de la majoration pour âge des allocations familiales et réforme du cumul emploi-retraite). Dans ces conditions, le déficit des régimes de base de sécurité sociale atteindrait 17,0 milliards d'euros à l'horizon 2030.

⑳ **B. Situation par branche**

㉑ En 2027, le déficit de la branche maladie, maternité, invalidité et décès devrait fortement se réduire, s'établissant à 7,8 milliards d'euros (après 15,9 milliards d'euros en 2025 et 12,5 milliards d'euros en 2026), sous l'effet principal des mesures d'économies portant sur l'ONDAM (3,9 milliards d'euros d'économies nettes des mesures nouvelles en dépenses, dont 4,0 milliards d'euros d'économies nettes pour la branche maladie et 0,2 milliard de dépenses nouvelles nettes pour la branche autonomie), de la reconduction de la contribution des organismes complémentaires pour 1,1 milliard d'euros et de la contribution sur les produits transformés sucrés (0,3 milliard d'euros). La trajectoire tient également compte de la prise en charge intégrale par la branche famille à compter de 2027 des indemnités journalières au titre de la maternité pour un gain de 1,3 milliard pour la branche maladie, la branche famille finançant déjà les indemnités journalières pour la période post-natale ainsi que celles au titre du nouveau congé de naissance et du congé paternité.

㉒ À l'horizon 2030, le déficit de la branche se résorberait encore progressivement pour atteindre 6,3 milliards d'euros sous l'effet de l'hypothèse d'une affectation à la branche maladie d'une fraction croissante de CSG aujourd'hui attribuée à la branche famille.

㉓ La branche autonomie devrait être légèrement déficitaire en 2027, présentant un déficit de 0,2 milliard d'euros après un déficit de 0,3 milliard d'euros en 2026. La trajectoire financière de la branche autonomie repose sur une progression de ses dépenses de 2,5 % en 2027, dont 2,6 % à champ constant pour la part relevant de « l'objectif global de dépenses » (OGD) de l'ONDAM (dont 3,3 % dans le champ des personnes âgées et 1,9 % dans le champ du handicap). S'agissant des dépenses hors du champ de l'OGD, d'un montant de 9,3 milliards d'euros, celles-ci devraient progresser de 1,6 % par rapport à l'année précédente. À compter de 2027, une partie des recettes de CSG de la branche sera versée de façon directe aux départements pour un montant de 0,3 milliard d'euros, les dépenses de la branche au titre des concours versés à ces collectivités pour financer les prestations liées au handicap et à l'autonomie étant diminuées d'autant. La trajectoire retient également une réduction de 0,1 milliard d'euros des concours attribués sur le champ des personnes âgées pour tenir compte de la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie, qui doit réduire de 250 millions d'euros en 2027 les dépenses des départements au titre de cette prestation. Les concours versés par la branche aux départements atteindraient ainsi 6,0 milliards d'euros en 2027 soit une stabilité par rapport à 2026. L'expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sera par ailleurs prolongée en 2027.

㉔ Le déficit de la branche autonomie augmenterait en 2028, son solde atteignant – 0,7 milliard d'euros et se dégraderait ensuite progressivement pour atteindre – 1,6 milliard à l'horizon 2030. Cette situation reflète notamment le dynamisme des dépenses relevant de l'OGD, qui évolueraient chaque année à partir de 2028 de + 3,7 %, conformément aux taux qui figurent pour la dernière année couverte par la loi de programmation des finances publiques (LPFP) actuellement en vigueur. Le dynamisme prévisionnel des dépenses est la conséquence du vieillissement démographique et de la hausse des besoins de prise en charge qu'il engendre.

㉕ Le déficit de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) devrait s'établir à 1,5 milliard d'euros en 2027, un niveau proche de celui attendu en 2026 (1,3 milliard d'euros). La branche pâtirait du dynamisme de celles de ses prestations relevant du champ de l'ONDAM, notamment des indemnités journalières, qui enregistrent une croissance de plus de 10 % en moyenne depuis 2024. Par ailleurs, le transfert à la CNAM au titre de la sous déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles s'établira à 2,0 milliards en 2027 (après 1,6 milliard en 2025 et 2026). La mesure réglementaire prise en 2026, de hausse à 1,8 SMIC du plafond du revenu de référence pour le calcul des indemnités journalières d'accidents du travail et maladies professionnelles diminuera les dépenses de 0,2 milliard d'euros en 2027. Deux mesures de la présente loi amélioreront toutefois son solde, chacune pour 0,3 milliard d'euros : la réforme de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles pour les entreprises et une hausse supplémentaire des taux de cotisations en contrepartie d'une baisse des cotisations d'assurance maladie, pour affecter à la branche le rendement de la mesure de fiscalisation des indemnités journalières versées au titre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. En effet, la fraction de TVA affectée par le projet de loi de finances et qui est majorée du rendement de cette mesure est affectée à la CNAM, et c'est en réduisant les cotisations de cette dernière à due concurrence de la hausse des cotisations AT-MP que ce transfert est opéré.

㉖ Le solde de la branche s'améliorerait ensuite légèrement pour atteindre – 1,1 milliard à l'horizon 2030 sous l'hypothèse d'une progression des indemnités journalières versées au titre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles au même rythme que l'ONDAM et d'une stabilité du montant du transfert au titre de la sous-déclaration des AT-MP.

㉗ En 2027, la branche vieillesse devrait voir son déficit se réduire fortement, pour atteindre 4,8 milliards d'euros après 8,0 milliards d'euros en 2026. La rapide amélioration du solde est la conséquence de la limitation de la revalorisation de janvier aux pensions inférieures à 1 260 euros, les pensions supérieures à ce seuil voyant leur revalorisation renvoyée à une décision ultérieure du Gouvernement. Si aucune revalorisation des pensions au-dessus du seuil n'était décidée, le solde des régimes obligatoires de base de retraite devrait s'améliorer de 3,2 milliards d'euros en 2027 après prise en compte des mécanismes de compensation, notamment celui relatif à la fonction publique d'État. La prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfants versées par la CNRACL améliorera le solde de la branche retraite de 0,8 milliard d'euros à partir de 2027. Il est rappelé à cet égard que la réforme des majorations de pensions de retraite accordées aux parents de trois enfants et plus sera globalement à coût nul, et donc sans effet sur le solde de la branche vieillesse. Par ailleurs, la trajectoire tient compte de la montée en charge des mesures des précédentes LFSS, notamment celles de la loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 qui prévoit le relèvement progressif de l'âge d'ouverture des droits de 62 ans à 64 ans, au rythme d'un trimestre par génération à compter du 1er septembre 2023, et une accélération du rythme de montée en charge de la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une pension à taux plein, au rythme d'un trimestre par génération. La LFSS pour 2026 a suspendu la réforme de 2023 en décalant sa montée en charge d'une génération. La réforme de 2023 et sa suspension conduiront au total à une amélioration du solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale de 0,8 milliard d'euros en 2027, la suspension réduisant de 1,0 milliard le rendement initialement attendu de 1,8 milliard d'euros (y compris rétrocession des économies concernant la fonction publique d'État). Les LFSS antérieures comportaient d'autres mesures qui continuent de monter en charge : les hausses des taux des cotisations d'assurance vieillesse dues par les employeurs privés et par les employeurs territoriaux et hospitaliers à la CNRACL pour 1,8 milliard d'euros en 2027, la réforme du dispositif de cumul emploi-retraite, représentant une économie de 0,2 milliard d'euros en 2027, et la prise en compte jusqu'à deux trimestres de majorations de durée d'assurance pour enfant pour faciliter le départ anticipé des parents, pour un coût de 0,2 milliard d'euros à compter de 2027.

(28) À partir de 2028, le solde de la branche vieillesse se dégraderait de nouveau rapidement, notamment en raison d'un retour de la revalorisation des pensions au même rythme que l'inflation, et ce malgré la dernière hausse, en 2028, de taux de cotisations des employeurs territoriaux et hospitaliers à la CNRACL (+1,8 milliard d'euros), la poursuite de la montée en charge de la réforme du dispositif de cumul emploi retraite (soit une économie de ,5 milliard d'euros en 2028 et jusqu'à 1,1 milliard d'euros en 2030) et un fort rendement attendu de la réforme des retraites de 2023, soit 1,9 milliard d'euros d'économies nettes de l'effet de la suspension de la réforme en 2028 et 3,7 milliards d'euros à l'horizon 2030 (y compris là encore la rétrocession des économies concernant la fonction publique d'État). Le déficit de la branche atteindrait ainsi 6,2 milliards d'euros en 2028 ; à l'horizon 2030, le déficit de la branche avoisinerait 10 milliards d'euros.

(29) Le solde de la branche famille devrait être excédentaire de 1,6 milliard d'euros en 2027, à un niveau nettement supérieur à celui de l'année précédente (0,3 milliard d'euros). La trajectoire financière de la branche famille tient notamment compte, pour 2027, de l'effet du maintien des prestations familiales à leur niveau de 2026, pour un rendement attendu de 0,5 milliard d'euros, auquel s'ajoutent une économie d'un montant équivalent via un ralentissement des dépenses du fonds national d'action sociale et une réduction de 0,6 milliard de la dépense au titre de l'allocation de rentrée scolaire, soit 1,6 milliard d'économie au total sur les prestations familiales, légales et extralégales. En sens inverse, sont prévus des transferts conduisant à augmenter les dépenses à la charge de la branche ; il est ainsi prévu, à partir de 2027, la prise en charge par la CNAF des droits familiaux de la CNRACL pour un coût de 0,8 milliard d'euros, ainsi que la prise en charge de l'intégralité des indemnités journalières au titre de la maternité pour un coût supplémentaire de 1,3 milliard d'euros. Par ailleurs, la trajectoire tient compte de la montée en charge de mesures récentes, notamment le décalage de 14 à 18 ans de la majoration pour âge des allocations familiales, soit une économie de 0,6 milliard d'euros en 2027, allant croissante jusqu'en 2029, ainsi que de la montée en charge du congé supplémentaire de naissance mis en œuvre à partir de 2026 et dont la montée en charge représente un coût supplémentaire de 0,1 milliard d'euros pour chacune des années 2027 à 2029.

(30) En outre, la trajectoire présentée dans cette annexe est basée sur une réaffectation à la branche maladie, à compter de 2028 et pour des montants croissants, d'une part de CSG affectée jusqu'ici à la branche famille. Cette réaffectation conduirait à un maintien de l'excédent de la branche famille sur la période considérée, contrebalançant ainsi l'hétérogénéité d'évolution du solde des différentes branches en raison du dynamisme propre de leurs dépenses et de leurs recettes respectives, le résultat de la branche famille bénéficiant pour sa part du ralentissement de ses dépenses dans un contexte de faible natalité.

㉛ *Prévisions des recettes, dépenses et soldes des régimes de base et du FSV*

㉜

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2025	**2026 (p)**	**2027 (p)**	**2028 (p)**	**2029 (p)**	**2030 (p)**
Maladie						
Recettes	246,7	258,5	269,3	277,0	285,8	294,2
Dépenses	262,6	271,0	277,1	284,8	293,0	300,5
**Solde ..... **	**-15,9**	**-12,5**	**-7,8**	**-7,8**	**-7,2**	**-6,3**
Accidents du travail et maladies professionnelles						
Recettes	17,2	16,8	18,0	18,5	19,0	19,5
Dépenses	17,4	18,1	19,5	19,9	20,3	20,7
Solde	**-0,2**	**-1,3**	**-1,5**	**-1,4**	**-1,3**	**-1,1**
Famille						
Recettes	59,7	59,4	61,8	62,0	62,5	63,2
Dépenses	58,5	59,1	60,2	60,4	60,9	61,6
**Solde ..... **	**1,2**	**0,3**	**1,6**	**1,6**	**1,6**	**1,6**
Vieillesse						
Recettes	297,0	302,5	311,4	320,0	327,5	335,6
Dépenses	304,2	310,5	316,2	326,2	335,3	345,2
**Solde ..... **	**-7,1**	**-8,0**	**-4,8**	**-6,2**	**-7,8**	**-9,6**
Autonomie						
Recettes	41,9	43,0	44,2	45,4	46,7	48,1
Dépenses	41,8	43,3	44,4	46,1	47,8	49,6
**Solde ..... **	**0,1**	**-0,3**	**-0,2**	**-0,7**	**-1,1**	**-1,6**
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés						

Recettes	643,8	661,3	683,7	701,9	720,0	738,7
Dépenses	665,7	683,1	696,4	716,2	735,8	755,7
Solde	**-22,0**	**-21,8**	**-12,7**	**-14,4**	**-15,8**	**-17,0**

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2025	**2026 (p)**	**2027 (p)**	**2028 (p)**	**2029 (p)**	**2030 (p)**
Recettes	21,8					
Dépenses	21,4					
Solde	**0,4**					

㉝

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2025	**2026 (p)**	**2027 (p)**	**2028 (p)**	**2029 (p)**	**2030 (p)**
Recettes.....	644,5	661,3	683,7	701,9	720,0	738,7
Dépenses.....	666,0	683,1	696,4	716,2	735,8	755,7
Solde.....	**-21,6**	**-21,8**	**-12,7**	**-14,4**	**-15,8**	**-17,0**

III. – 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 obligatoires 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 pour les années 2023 à 2027 et celles décrites dans la présente annexe sont retracés dans le tableau suivant :

Révisions des dépenses sur le champ des régimes obligatoires de base et du FSV

(en milliards d'euros)

	2023	**2024**	**2025**	**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	666,0	683,1	696,4
Écarts (2)-(1)	**-0,1**	**1,3**	**0,8**	**-2,7**	**-9,0**

** Au sens du I. de son article 18*

En 2026, l'écart de -2,7 milliards d'euros entre les dépenses présentées en LPFP et dans le présent rapport reflète deux effets contraires : des dépenses dans le champ de l'ONDAM plus élevées que prévu initialement mais des dépenses de prestations vieillesse et familles bien en-deçà. Les dépenses relevant de l'ONDAM seraient bien supérieures à la trajectoire de la LPFP malgré un taux d'évolution de l'ONDAM pour 2026 de 2,8 %, soit une croissance légèrement inférieure à celle prévue par la LPFP (2,9 %). Toutefois le taux d'évolution de l'ONDAM rectifié dans la présente loi repose sur une croissance des recettes atténuatives de près de 10 %, et donc une croissance des dépenses hors recettes atténuatives bien plus élevée que le taux de 2,8 %. Au total, l'ONDAM est supérieur de l'ordre de 4,6 milliards d'euros à la cible sous-jacente à la LPFP. En revanche, le ralentissement de l'inflation observé en 2024 et 2025 (+1,8 % observé en 2024 contre +2,5 % prévus en LPFP ; +0,9 % en 2025 contre 2,0 % prévus en LPFP, soit en cumul une révision de -1,8 % de l'inflation sur ces deux années) a conduit à réduire fortement, d'un peu plus de 4 milliards d'euros en 2026 par rapport à la LPFP, le niveau des dépenses via une revalorisation légale moindre des prestations. À cet effet s'ajoute une croissance des prestations en volume de la branche famille revue à la baisse en raison de moindres naissances.

(38) En 2027, s’ajouteront à ces effets l’impact de la mesure de revalorisation différenciée des prestations vieillesse, réduisant les dépenses de 4,5 milliards d’euros supplémentaires (y compris mécanismes d’équilibrage, et hors moindres recettes de compensation par l’État des dépenses de pensions de la fonction publique d’État) et, plus largement, l’ensemble des mesures de maîtrise des dépenses portées par la présente loi, dont les économies de 1,6 milliard d’euros sur les prestations familiales et les conséquences sur les dépenses d’un ONDAM fixé en évolution à 2,0 % (contre 2,9 % en LPFP). En sens inverse, la montée en charge de la suspension de la réforme des retraites décidée en LFSS pour 2026 vient modérer les effets des mesures nouvelles inscrites dans la présente loi en contribuant à augmenter les prestations vieillesse de 1,0 milliard d’euros. Les révisions des volumes de prestations expliquent le reste des écarts présentés dans le tableau précédent.

(39) En cumul, les écarts entre les prévisions de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale inscrites dans la LPFP et celles décrites dans la présente annexe s’élèvent à 0,6 milliard d’euros de dépenses en moins en 2026. Cet écart devrait se creuser nettement en 2027 avec un écart cumulé de -9,6 milliards d’euros.