N° 33

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2026-2027

18 novembre 2026

PROJET DE LOI

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

Le Sénat a adopté, en première lecture, le projet de loi, considéré comme rejeté par l'Assemblée nationale en première lecture, dont la teneur suit :

Voir les numéros :

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

Sénat : 138, **139** et **144** (2026-2027).

Article liminaire

① Les prévisions de dépenses, de recettes et de 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	26,9	27,1
Dépenses.....	27,0	26,9
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	112,8
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.....	3,1
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 : « 401 millions d’euros » est remplacé par le montant : « 359 millions d’euros ».

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. – Jusqu'au 30 novembre 2026, bénéficient d'une suspension des obligations de paiement des cotisations, des contributions, des impôts et des 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 des 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 en 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 après consultation préalable des associations représentatives des élus locaux des territoires concernés, en premier lieu des associations départementales affiliées à l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité :

② 1° Les employeurs mentionnés à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale, à l'exclusion des administrations, des services, des offices et des établissements publics de l'État, des établissements industriels de l'État, des régions, des départements, des communes et des établissements publics départementaux ou 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 dudit 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 des 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, des contributions, des impôts et des taxes dues par les cotisants mentionnés au A du présent I aux organismes de recouvrement mentionnés au même A du 18 août au 30 novembre 2026 inclus. Ce sursis suspend les délais s'appliquant à la réalisation des actes et des formalités régissant le recouvrement qui auraient dû être accomplis par ces organismes à peine de nullité, de caducité, de forclusion, de prescription, d'inopposabilité, d'irrecevabilité, de péremption, de désistement d'office ou d'application d'un régime particulier, envers ces mêmes cotisants ainsi que les délais du contentieux subséquent.

⑨ Ce sursis n'est pas applicable aux cotisants qui font l'objet d'une procédure pour 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 des contributions salariales précomptées par les employeurs sur la période mentionnée au A du présent I, 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, des contributions, des impôts et des 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 des contributions salariales, sous réserve que les organismes de recouvrement l'aient accepté dans les conditions prévues au même 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 des 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 déterminées par décret, est inférieur à deux cent cinquante salariés et qui ont un établissement situé dans l'une des communes mentionnées au A du I du présent article bénéficient d'une exonération totale ou partielle des cotisations et des contributions sociales mentionnées au I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale 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 après le 1er juillet 2025.

⑯ L'exonération s'applique aux cotisations et aux 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 du même article L. 241-13 ainsi que de tout taux spécifique, de toute assiette ou de tout montant forfaitaire de cotisations sur la période de référence mentionnée au deuxième alinéa du présent II. 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 des contributions sociales déterminées à l'occasion de la régularisation annuelle des cotisations et des contributions sociales, lorsque l'établissement 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 mentionnées au A du I du présent article, 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 ne relevant pas du champ d'application de 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 après le 1er juillet 2025 et les modalités de demande de l'aide.

㉓ B. – Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues sur la période de juillet à septembre 2026 dont sont redevables les travailleurs indépendants relevant du champ d'application de 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 à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale.

㉔ Le trop-perçu de cotisations et de contributions sociales en résultant fait l'objet d'un remboursement ou est imputé sur le montant des cotisations et des 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 du présent article 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 du présent article ne font pas l'objet d'une compensation par l'État.

㉘ VII. – A. – La section 4 du chapitre I^{er} du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est complétée par 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 du même 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 de 2 000 euros par salarié des cotisations et des 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 des déductions mentionnées au troisième alinéa du présent article.

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 plafonnées dans les conditions fixées par l'arrêté prévu à 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 du même article L. 241-13 après application des réductions et des 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 du présent article. »

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° Le premier alinéa du II est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase, la date : « 1er avril » est remplacée par la date : « 31 décembre » ;

b) À la fin de la troisième phrase, la date : « 1er août 2026 » est remplacée par la date : « 31 mars 2027 » ;

2° À la troisième phrase du troisième alinéa et à l’avant-dernier alinéa du même II, la date : « 1er mars » est remplacée par la date : « 30 novembre » et la date : « 1er juillet 2026 » est remplacée par la date : « 28 février 2027 » ;

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

IX *(nouveau)*. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de l’extension de l’aide forfaitaire prévue au III du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d’une taxe additionnelle à l’accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

X *(nouveau)*. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de l’inscription dans la loi du montant de la réduction de cotisations sociales par salarié sapeur-pompier volontaire à hauteur de 2 000 € est compensée, à due concurrence, par la création d’une taxe additionnelle à l’accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 4 *bis (nouveau)*

À la fin du sixième alinéa du II de l'article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « de l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 » sont remplacés par les mots : « des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code ou à l'article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime ».

Article 4 *ter (nouveau)*

① I. – Le A du I de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale est complété par un 5° ainsi rédigé :

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

③ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 4 *quater (nouveau)*

À la seconde phrase du VII de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime, après la référence : « L. 241-18-1 », sont insérés les mots : « du code de la sécurité sociale ».

Article 4 *quinquies (nouveau)*

① L'article 16 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 est ainsi modifié :

② 1° Au I, l'année : « 2028 » est remplacée par l'année : « 2029 » et les mots : « au I de » sont remplacés par le mot : « à » ;

③ 2° Au III, l'année : « 2027 » est remplacée par l'année : « 2028 » et l'année : « 2029 » est remplacée par l'année : « 2030 ».

Article 5

(Supprimé)

Article 6

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

② 1° Le III de l’article L. 136-1-1 est ainsi modifié :

③ *a)* Le 5° est ainsi rédigé :

④ « 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.

⑤ « Toutefois, sont intégralement assujetties les indemnités attribuées au titre de la cessation forcée de fonction des mandataires sociaux dont le montant cumulé, le cas échéant à plusieurs titres, excède cinq fois la valeur annuelle du plafond mentionné au même article L. 241-3 et les indemnités attribuées aux autres personnes mentionnées au premier alinéa du présent 5° dont le montant cumulé excède dix fois cette même valeur ; »

⑥ *b)* Le 5° *bis* est abrogé ;

⑦ 2° Aux 1° et 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 » ;

⑧ 3° *(Supprimé)*

⑨ 4° Le 7° du II de l’article L. 242-1 est abrogé.

⑩ II. – Le I s’applique pour les indemnités attribuées au titre de ruptures prenant effet à compter du 1er janvier 2027.

⑪ III *(nouveau)*. – Par dérogation au II, le I ne s'applique pas aux indemnités attribuées au titre de ruptures prenant effet entre le 1er janvier 2027 et le 31 décembre 2027 dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi établi en application de l'article L. 1233-61 du code du travail et ayant fait l'objet d'une décision de validation ou d'homologation de l'autorité administrative acquise dans les conditions prévues à l'article L. 1233-57-4 du même code avant le 31 décembre 2026.

⑫ Les articles L. 136-1-1, L. 137-12, L. 137-15 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux indemnités mentionnées au premier alinéa du présent III dans leur version antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 6 *bis (nouveau)*

① I. – Le II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 8° ainsi rédigé :

② « 8° Les dépenses supportées par l'employeur au profit de salariés exerçant une aide à domicile relevant de l'article L. 241-10 du présent code pour la mise à disposition de véhicules terrestres motorisés, quelles que soient leurs nature et qualification, au titre des déplacements professionnels et des déplacements entre le domicile et les lieux de travail, selon des conditions définies par décret. »

③ II. – La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

④ III. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 7

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

② A. – L'article L. 137-15 est ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 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 du présent code et au second 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 du présent I 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, lorsque, pour ce bénéficiaire, l'employeur ou le bénéficiaire est soumis à l'assiette définie à l'article L. 242-1 pour au moins une des cotisations mentionnées au I du même article L. 242-1.

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

⑥ « 1° Les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du I 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 des contributions destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnée au *b* du 2° du même III.

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

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

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 onze salariés au bénéfice de leurs salariés, de leurs 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 du même 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} dudit livre III ainsi que les sommes versées 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 dans les entreprises qui emploient moins de deux cent cinquante salariés. » ;

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

⑯ C. – L'article L. 241-13 est ainsi modifié :

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 1er 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 dernier alinéa est remplacé par un II *bis* ainsi rédigé :

⑳ « II *bis*. – La réduction s'applique aux revenus d'activité mentionnés au premier alinéa du II dont le 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 au salaire minimum de croissance applicable au 1er janvier de l'année précédente majoré de 200 %. » ;

㉑ 2° Le III est ainsi modifié :

㉒ *a) (Supprimé)*

㉓ *b)* La deuxième phrase du deuxième alinéa est ainsi modifiée :

㉔ – 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 mentionnés au II *bis* » ;

㉕ – après le mot : « croissance », sont insérés les mots : « applicable au 1er janvier de l'année précédente » ;

㉖ *c)* À la seconde phrase du troisième alinéa, après le mot : « lorsque », la fin est ainsi rédigée : « le montant cumulé des revenus mentionnés au II *bis* atteint le montant fixé par décret prévu au même II *bis*. » ;

㉗ *d)* L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

㉘ – la première phrase est supprimée ;

㉙ – le début de la seconde phrase est ainsi rédigé : « La rémunération prise en compte pour calculer le montant de la réduction ainsi que celles prises en compte pour la détermination du coefficient ne tiennent compte… *(le reste sans changement)*. » ;

㉚ 3° à 7° *(Supprimés)*

㉛ D. – Le I de l'article L. 241-17 est complété par un 9° ainsi rédigé :

㉜ « 9° Les rémunérations versées aux salariés au titre des journées ou des demi-journées mentionnées au I de l'article 5 de la loi n° 2022-1157 du 16 août 2022 de finances rectificative pour 2022. » ;

㉝ E. – Le II des articles L. 241-18 et L. 241-18-1 est ainsi modifié :

㉞ 1° Au début, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

㉟ « II. – Dans les mêmes entreprises, une déduction forfaitaire égale à trois fois et demie ou sept fois le montant défini au I est également applicable : » ;

㊱ 2° Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « 1° Pour chaque… *(le reste sans changement)* ; »

37 3° Il est ajouté un 2° ainsi rédigé :

38 « 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 du 16 août 2022 de finances rectificative pour 2022. » ;

39 F. – L'article L. 241-18 est complété par un VII ainsi rédigé :

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

41 G. – Après le 3° du II de l'article L. 242-1, il est inséré un 3° *bis* ainsi rédigé :

42 « 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 du présent code, 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 3° *bis* est doublée lorsque l'employeur remplit les conditions prévues au V de l'article 1er de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 précitée ; ».

43 II. – L'article 5 de la loi n° 2022-1157 du 16 août 2022 de finances rectificative pour 2022 est ainsi modifié :

44 1° Au premier alinéa du I, les mots : « et jusqu'au 31 décembre 2026 » sont supprimés ;

45 2° Au II, les mots : « des articles L. 241-17, L. 241-18 et L. 241-18-1 du code de la sécurité sociale et » sont supprimés.

46 III. – L'article 1er de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat est ainsi modifié :

47 1° *(nouveau)* Au premier alinéa du V, après les mots : « du présent article », sont insérés les mots : « jusqu'au 31 décembre 2026 » ;

48 2° Le VI *bis* est ainsi modifié :

49 *a)* La date : « 31 décembre 2026 » est remplacée par la date : « 30 juin 2027 » ;

50 *b) (nouveau)* Les mots : « par une entreprise employant moins de cinquante salariés » sont supprimés ;

51 *c)* Les mots : « d'impôt sur le revenu ainsi que » sont supprimés ;

52 *d) (nouveau)* Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Lorsque ces primes sont versées entre le 1er janvier et le 30 juin 2027 par des entreprises employant au moins 250 salariés, elles demeurent assujetties à la contribution prévue à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale. »

53 III *bis (nouveau)*. – Le V de l'article 18 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 est ainsi modifié :

54 1° La première phrase est ainsi modifiée :

55 *a)* L'année : « 2029 » est remplacée par l'année : « 2031 » ;

56 *b)* À la fin, les mots : « du suivi de la mise en œuvre de la réforme prévue au III du présent article » sont remplacés par les mots : « de leurs réformes, législatives ou réglementaires, entrant en vigueur postérieurement au 31 décembre 2024, ainsi que d'une réflexion prospective à leur sujet, sous la forme de scénarios pouvant envisager un redéploiement vers d'autres instruments de la politique de l'emploi » ;

57 2° À la troisième phrase, les mots : « 2026, 2027, 2028, 2029 et 2030 » sont remplacés par les mots : « 2028, 2029, 2030, 2031 et 2032 » et, à la fin, les mots : « évaluations réalisées » sont remplacés par les mots : « travaux réalisés ».

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

59 Par dérogation au premier alinéa du présent IV, le C du I entre en vigueur le 1er avril 2027.

Article 7 *bis (nouveau)*

1 I. – Après le troisième alinéa du III *bis* de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

2 « Le présent III *bis* n'est pas applicable aux entreprises relevant de branches dont les conventions collectives de travail, les conventions d'entreprise ou d'établissement ne prennent effet qu'après agrément donné par le ministre compétent en application de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles. »

③ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I[er] du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 7 *ter (nouveau)*

① I. – Au premier alinéa de l'article L. 3142-25-1 du code du travail, après le mot : « entreprise », sont insérés les mots : « ou d'une autre entreprise, dans les conditions prévues à l'article L. 241-13-2 du code de la sécurité sociale ».

② II. – Après l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 241-13-2 ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 241-13-2*. – I. – Lorsqu'un salarié renonce, dans les conditions prévues à l'article L. 3142-25-1 du code du travail, à tout ou partie de ses jours de repos non pris au bénéfice d'un salarié relevant d'un autre employeur, l'employeur du salarié donateur verse à l'employeur du salarié bénéficiaire une somme égale à la valeur des jours cédés. Cette valeur est évaluée sur la base de la rémunération journalière que le salarié donateur aurait perçue au titre de ces jours.

④ « II. – La somme mentionnée au I du présent article est convertie en jours d'absence rémunérés au profit du salarié bénéficiaire, sur la base de sa propre rémunération journalière. L'employeur du salarié bénéficiaire maintient la rémunération de celui-ci pendant la période d'absence correspondante, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 3142-25-1 du code du travail.

⑤ « III. – La somme versée en application du I du présent article n'est pas assujettie aux cotisations et contributions sociales dues par l'employeur qui la reçoit.

⑥ « IV. – L'employeur du salarié donateur bénéficie d'une réduction des cotisations patronales dues au titre des assurances sociales. Le montant de cette réduction est égal à 50 % de la somme versée en application du I. Il est pris en compte dans la limite de la valeur de dix jours par salarié donateur et par année civile.

⑦ « V. – La réduction est imputée sur les cotisations dues au titre des rémunérations versées au cours du mois suivant le versement mentionné au I. Elle n’est pas cumulable, au titre des mêmes rémunérations, avec une autre mesure d’exonération totale ou partielle de cotisations patronales, à l’exception de la réduction prévue à l’article L. 241-13.

⑧ « VI. – Un décret précise les modalités d’application du présent article, notamment :

⑨ « 1° Les conditions d’information et d’accord de l’employeur du salarié donateur et de l’employeur du salarié bénéficiaire ;

⑩ « 2° Le délai et les modalités du versement mentionné au I ;

⑪ « 3° Les justificatifs à produire auprès de l’organisme de recouvrement. »

⑫ III. – Le présent article s’applique aux dons de jours de repos effectués à compter du 1er juillet 2027.

⑬ IV. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d’une taxe additionnelle à l’accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 7 *quater (nouveau)*

Le dernier alinéa du XIII de l’article 10 de la loi n° 2023-1107 du 29 novembre 2023 portant transposition de l’accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur au sein de l’entreprise est supprimé.

Article 7 *quinquies (nouveau)*

Au V de l’article 4 de la loi n° 2025-989 du 24 octobre 2025 portant transposition des accords nationaux interprofessionnels en faveur de l’emploi des salariés expérimentés et relatif à l’évolution du dialogue social, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « cinquième ».

Article 7 *sexies (nouveau)*

① I. – En 2027, le taux de la contribution à laquelle sont assujettis les employeurs sur les traitements des agents des collectivités territoriales et des établissements sanitaires, versée à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales instituée à l'article 3 de l'ordonnance n° 45-993 du 17 mai 1945 relative aux services publics des départements et des communes et de leurs établissements publics, ne peut être supérieur à 40 %.

② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I[er] du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 8

① I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

② A. – L'article 1613 *ter* est ainsi modifié :

③ 1° Le I est ainsi modifié :

④ *a)* Au premier alinéa, après la mention : « I. – », est insérée la mention : « A. – » ;

⑤ *b)* Il est ajouté un B ainsi rédigé :

⑥ « B. – Il est institué une contribution perçue sur les produits transformés destinés à la consommation humaine en l'état ou après simple réchauffage ou décongélation, à l'exclusion des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales définies au *g* du paragraphe 2 de l'article 2 du règlement (UE) n° 609/2013 du Parlement européen et du Conseil du 12 juin 2013 concernant les denrées alimentaires destinées aux nourrissons et aux enfants en bas âge, les denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales et les substituts de la ration journalière totale pour contrôle du poids et abrogeant la directive 92/52/CEE du Conseil, les directives 96/8/CE, 1999/21/CE, 2006/125/CE et 2006/141/CE de la Commission, la directive 2009/39/CE du Parlement européen et du Conseil et les règlements (CE) n° 41/2009 et (CE) n° 953/2009 de la Commission :

⑦ « 1° Relevant des codes NC 1704, NC 1806, NC 1901 90 99, NC 1904, NC 1905 et NC 2105 du tarif des douanes ;

⑧ « 2° Contenant des monosaccharides ou disaccharides, ajoutés ou non, et un ou plusieurs additifs alimentaires autorisés mentionnés au *a* de l'article 1er du règlement (CE) n° 1333/2008 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 sur les additifs alimentaires ;

⑨ « 3° *(nouveau)* Constituant des denrées alimentaires préemballées au sens du règlement (UE) n° 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires, modifiant les règlements (CE) n° 1924/2006 et (CE) n° 1925/2006 du Parlement européen et du Conseil et abrogeant la directive 87/250/CEE de la Commission, la directive 90/496/CEE du Conseil, la directive 1999/10/CE de la Commission, la directive 2000/13/CE du Parlement européen et du Conseil, les directives 2002/67/CE et 2008/5/CE de la Commission et le règlement (CE) n° 608/2004 de la Commission.

⑩ « Sont exclus du périmètre de la contribution :

⑪ « *a)* Les produits fabriqués et vendus directement au consommateur final par des artisans au sens des articles L. 111-1, L. 112-1 et L. 211-1 du code de l'artisanat ;

⑫ « *b)* Les produits bénéficiant d'un signe officiel de qualité et d'origine français, dont la liste est déterminée par décret. » ;

⑬ 1° *bis (nouveau)* Le I *bis* est ainsi modifié :

⑭ *a)* Au premier alinéa, au début, les mots : « La contribution est due » sont remplacés par les mots : « Les contributions mentionnées aux A et B du I du présent article sont dues » et les mots : « mentionnés au I » sont supprimés ;

⑮ *b)* Au début du dernier alinéa, les mots : « La contribution est exigible » sont remplacés par les mots : « Les contributions sont exigibles » ;

⑯ 2° Le II est ainsi modifié :

⑰ *a)* Au premier alinéa, après la mention : « II. – », est insérée la mention : « A. – » ;

⑱ *b)* Au même premier alinéa, après le mot : « au », sont insérés les mots : « A du » ;

⑲ *b* bis*) (nouveau)* À la première phrase du dernier alinéa, la référence : « II » est remplacée par la référence : « A » ;

⑳ *c)* Il est ajouté un B ainsi rédigé :

㉑ « B. – Le tarif de la contribution mentionnée au B du I est le suivant :

㉒ « 1° Pour les produits relevant des codes NC 1901 90 99, NC 1904, NC 1905 et NC 2105 du tarif des douanes :

㉓

« ;

Quantité totale de sucre (en kilogrammes 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

㉔ « 2° Pour les produits relevant des codes NC 1704 et NC 1806 du tarif des douanes :

㉕

« ;

Quantité totale de sucre (en kilogrammes 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

㉖ « 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. » ;

㉗ 2° *bis (nouveau)* Au dernier alinéa du 2 du IV, les mots : « la contribution est exigible » sont remplacés par les mots : « les contributions sont exigibles » ;

㉘ 3° Le D du V est ainsi modifié :

㉙ *a)* À la première phrase, après le mot : « redevable », sont insérés les mots : « de la contribution mentionnée au A du I » ;

㉚ *b)* À la seconde phrase, après le mot : « redevable », sont ajoutés les mots : « de cette même contribution » ;

㉛ 4° Au VI, les mots : « de la contribution régie par le » sont remplacés par les mots : « des contributions mentionnées au » ;

㉜ B. – L'article 1613 *quater* est ainsi modifié :

㉝ 1° Le I est ainsi modifié :

㉞ *a)* Après la mention : « I. – », est insérée la mention : « A. – » ;

㉟ *b)* Il est ajouté un B ainsi rédigé :

㊱ « B. – Il est institué une contribution perçue sur les produits contenant des édulcorants de synthèse et destinés à la consommation humaine en l'état ou après simple réchauffage ou décongélation :

㊲ « 1° Relevant des codes NC 1704, NC 1806, NC 1901 90 99, NC 1904, NC 1905 et NC 2105 du tarif des douanes ;

㊳ « 2° *(nouveau)* Constituant des denrées alimentaires préemballées au sens du règlement (UE) n° 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires, modifiant les règlements (CE) n° 1924/2006 et (CE) n° 1925/2006 du Parlement européen et du Conseil et abrogeant la directive 87/250/CEE de la Commission, la directive 90/496/CEE du Conseil, la directive 1999/10/CE de la Commission, la directive 2000/13/CE du Parlement européen et du Conseil, les directives 2002/67/CE et 2008/5/CE de la Commission et le règlement (CE) n° 608/2004 de la Commission. » ;

㊴ 1° *bis (nouveau)* Le I *bis* est ainsi modifié :

㊵ *a)* Au début du premier alinéa, les mots : « La contribution est due » sont remplacés par les mots : « Les contributions sont dues » ;

41 *b)* Au début du dernier alinéa, les mots : « La contribution est exigible » sont remplacés par les mots : « Les contributions sont exigibles » ;

42 2° Le II est ainsi modifié :

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

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

45 *c)* Au début du 2°, sont ajoutés les mots : « Pour celle mentionnée au même A, » ;

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

47 « 3° Pour celle mentionnée au B du I, 4,5 euros par quintal pour les produits contenant une quantité d'édulcorants de synthèse inférieure ou égale à 120 milligrammes par kilogramme de produit et 6 euros par quintal pour les autres produits.

48 « 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*.

49 « Le tarif mentionné au présent 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. Ce montant est arrondi à la deuxième décimale. Par exception, pour l'année 2028, le tarif est relevé dans une proportion équivalente au taux d'évolution global des tarifs mentionnés au 2° entre 2026 et 2028. » ;

50 3° *(Supprimé)*

51 4° Au VI, les mots : « de la contribution mentionnée » sont remplacés par les mots : « des contributions mentionnées ».

52 I *bis (nouveau)*. – Au 4° *bis* de l'article L. 731-3 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « de la contribution prévue » sont remplacés par les mots : « des contributions prévues ».

53 II. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2027.

Article 8 *bis (nouveau)*

① I. – La section 3 du chapitre II du titre III de la deuxième partie du livre I[er] du code général des impôts est complétée par un article 1613 *bis* A ainsi rédigé :

② « *Art. 1613* bis *A*. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les préparations alimentaires non médicamenteuses présentées comme spécifiquement destinées aux besoins des nourrissons et des enfants en bas âge contenant des sucres ajoutés.

③ « II. – La contribution est due par la personne qui réalise la première livraison des produits mentionnés au I, à titre gratuit ou onéreux, en France, en dehors des collectivités régies par l'article 74 de la Constitution, de la Nouvelle-Calédonie, des Terres australes et antarctiques françaises et de l'île de Clipperton, à raison de cette première livraison.

④ « Est assimilée à une livraison la consommation de ces produits dans le cadre d'une activité économique. La contribution est exigible lors de cette livraison.

⑤ « III. – Le tarif de la contribution mentionnée au I du présent article est le suivant :

⑥

« | **QUANTITÉ DE SUCRE (en kg de sucre ajouté par quintal de produits transformés)** | **TARIF APPLICABLE (en euros par quintal de produits transformés)** |
|---|---|
| | Inférieur à 5 | 4 |
| | Entre 5 et 8 | 21 |
| | Au-delà de 8 | 35 |

⑦ « Pour le calcul de la quantité en kilogrammes de sucre ajouté, celle-ci est arrondie à l'entier le plus proche. La fraction de sucre ajouté égale à 0,5 est comptée pour 1.

⑧ « Les tarifs mentionnés dans le tableau du deuxième alinéa et au troisième alinéa du présent III sont relevés au 1[er] 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.

⑨ « Ces montants sont exprimés avec deux chiffres après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à 5.

⑩ « IV. – La contribution est établie et recouvrée selon les modalités ainsi que sous les sûretés, garanties et sanctions applicables aux taxes sur le chiffre d'affaires.

⑪ « V. – Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. »

⑫ II. – Le I du présent article entre en vigueur le 1er juillet 2027.

Article 8 *ter (nouveau)*

Au dernier alinéa du I de l'article 1613 *bis* du code général des impôts, le taux : « 12 % » est remplacé par le taux : « 25 % ».

Article 9

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

② 1° *(Supprimé)*

③ 2° L'article L. 165-5-1 est ainsi rédigé :

④ « *Art. L. 165-5-1*. – 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 des 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 fixés 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 mentionnées par la charte fournit une déclaration sur l'honneur attestant de sa situation.

⑩ « Le code prévu au I du présent article 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° *(Supprimé)*

⑫ II. – *(Supprimé)*

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 considérée 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 telles 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, 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 services 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 ou 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 considérée comme un 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 déterminés par arrêté des ministres 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 territorialement compétent 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. Le contenu et les modalités de communication de cette liste sont déterminés par décret.

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, comportant notamment des dispositions relatives aux conditions d'adhésion à un groupement de pharmacies d'officine est communiqué, avant sa conclusion, au conseil territorialement compétent de l'ordre des pharmaciens. Ce conseil peut formuler des observations et émettre des réserves sur les dispositions susceptibles de contrevenir au respect des obligations professionnelles.

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

⑭ II. – Le titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑮ 1° Le début du premier alinéa de l'article L. 138-9-1 est ainsi rédigé : « Tout fournisseur des officines de spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 est tenu… *(le reste sans changement)*. » ;

⑯ 2° à 4° *(Supprimés)*

⑰ 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, signée le 9 mars 2022 et approuvée le 31 mars 2022, est reportée au 9 mai 2028.

Article 11

① I. – L'article 28 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 est ainsi modifié :

② 1° À la fin du VIII, le montant : « 22,10 milliards d'euros » est remplacé par le montant : « 22,15 milliards d'euros » ;

③ 2° *(nouveau)* Au IX, le taux : « 6,45 % » est remplacé par le taux : « 6,67 % » et le taux : « 4,01 % » est remplacé par le taux : « 4,23 % ».

④ 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.

⑤ 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 7,30 % et à 4,25 %.

⑥ 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 2,17 milliards d’euros.

⑦ V *(nouveau)*. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑧ 1° Le I de l’article L. 138-10, dans ses versions applicables à compter du 1er janvier 2027 et du 1er janvier 2028, est ainsi modifié :

⑨ *a)* Les mots : « aux assurés sociaux » sont supprimés ;

⑩ *b)* Les mots : « , à l’exclusion de toutes autres remises mentionnées à l’article L. 138-9 » sont supprimés ;

⑪ *c)* Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

⑫ « Le montant remboursé par l’assurance maladie s’entend avant déduction des franchises mentionnées au III de l’article L. 160-13.

⑬ « Sont assimilés à un montant remboursé par l’assurance maladie les montants correspondant aux médicaments mentionnés au 6° du II du présent article. » ;

⑭ 2° Le premier alinéa de l’article L. 138-11, dans sa version applicable à compter du 1er janvier 2027, est ainsi modifié :

⑮ *a)* À la fin de la première phrase, les mots : « , à l’exclusion de toutes autres remises mentionnées à l’article L. 138-9 » sont supprimés ;

⑯ *b)* La seconde phrase est supprimée ;

⑰ 3° L’article L. 138-12, dans sa version applicable à compter du 1er janvier 2027, est ainsi modifié :

⑱ *a)* Le II est ainsi rédigé :

⑲ « II. – Le montant de la contribution due par chaque entreprise mentionnée au I de l’article L. 138-10 est déterminé :

⑳ « 1° À concurrence de 70 %, au prorata du montant remboursé par l’assurance maladie au titre des médicaments qu’elle exploite, importe ou distribue au sein du montant total remboursé par l’assurance maladie défini au même I ;

㉑ « 2° À concurrence de 30 %, en fonction de la progression du montant remboursé par l’assurance maladie au titre des médicaments que l’entreprise exploite, importe ou distribue par rapport à l’année précédente défini audit I. » ;

㉒ *b)* Au 1° du III, les mots : « aux assurés sociaux » sont supprimés ;

㉓ 4° Les deuxième et dernier alinéas de l’article L. 138-19-10 sont ainsi rédigés :

㉔ « Pour chaque exploitant redevable, le montant remboursé au titre des produits et prestations qu’il exploite, calculé selon les modalités définies à l’article L. 138-19-9, est minoré de 20 millions d’euros. Lorsque le résultat de cette minoration est négatif, il est réputé nul. La contribution due par chaque exploitant est déterminée au prorata du montant ainsi obtenu par rapport à la somme des montants ainsi déterminés pour l’ensemble des exploitants redevables.

㉕ « Le montant de la contribution due par chaque exploitant redevable ne peut excéder 10 % du montant remboursé au titre des produits et prestations qu’il exploite, calculé selon les modalités définies au même article L. 138-19-9 avant la minoration prévue au deuxième alinéa du présent article. » ;

㉖ 5° Le III de l’article L. 245-6, dans sa version en vigueur et celle résultant de la loi n° 2026-791 du 16 août 2026 actualisant la programmation militaire pour les années 2024 à 2030 et portant diverses dispositions intéressant la défense, est ainsi modifié :

㉗ *a)* Les C et E sont ainsi modifiés :

㉘ – la troisième occurrence du mot : « et » est remplacée par le signe : « , » ;

㉙ – les mots : « , à l’exclusion de toutes autres remises mentionnées » sont remplacés par le mot : « et » ;

㉚ *b)* Il est ajouté un G ainsi rédigé :

㉛ « G. – Le montant total de la contribution supplémentaire due au titre d’une année civile ne peut excéder 1,7 milliard d’euros.

㉜ « Pour l’application du premier alinéa du présent G, le montant total s’entend de la somme des contributions supplémentaires dues par l’ensemble des entreprises redevables, calculées aux taux mentionnés au D du présent III, après application du plafonnement prévu au E et y compris les montants reversés sous forme de remise en application du F.

㉝ « Lorsque ce montant total excède le montant mentionné au premier alinéa du présent G, le montant de la contribution supplémentaire due par chaque entreprise redevable est affecté d’un coefficient unique de minoration, égal au rapport entre 1,7 milliard d’euros et le montant total.

㉞ « Ce coefficient est calculé par l’organisme chargé du recouvrement, constaté par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget préalablement à la régularisation définie au VI et appliqué lors de cette régularisation. » ;

35 6° La section 2 *bis* du chapitre V du titre IV du livre II est complétée par un article L. 245-6-1 ainsi rétabli :

36 « *Art. L. 245-6-1*. – I. – Une réduction de la contribution mentionnée au III de l'article L. 245-6 et, le cas échéant, de celle calculée dans les conditions prévues aux articles L. 138-10 à L. 138-13 est accordée aux entreprises redevables de ces contributions, sur leur demande et au titre d'une année donnée, en considération de leur participation à la sécurité d'approvisionnement du marché français en médicaments, appréciée à partir de la combinaison des critères suivants :

37 « 1° La part des spécialités considérées comme essentielles au vu de leur intérêt thérapeutique, figurant sur une liste déterminée par arrêté des ministres chargés de la santé publique et de la sécurité sociale, par rapport à l'ensemble des spécialités exploitées par l'entreprise ;

38 « 2° L'implantation des sites de production des spécialités considérées comme essentielles ainsi que des autres spécialités exploitées par l'entreprise prises en charge par l'assurance maladie ;

39 « 3° La part des investissements réalisés par l'entreprise contribuant à la sécurité d'approvisionnement du marché français en médicaments par rapport au chiffre d'affaires de l'année précédant la demande.

40 « II. – Un taux théorique de réduction est déterminé, dans la limite de 30 % du montant des contributions mentionnées au I du présent article, résultant d'une moyenne pondérée de l'application, à chaque critère, d'un indice de zéro à dix. La part de chaque critère est pondéré d'un coefficient compris entre 20 % et 50 %. Le montant de la réduction mentionnée au même I est proportionnel à la moyenne pondérée obtenue, sous réserve que cette moyenne soit au moins égale à cinq.

41 « III. – Le montant total des réductions à la contribution mentionnée au III de l'article L. 245-6 résultant de l'application à l'ensemble des entreprises bénéficiaires du taux de réduction théorique mentionné au II du présent article ne peut excéder 6 % du produit total de la contribution mentionnée au III de l'article L. 245-6. En cas de dépassement, un taux de réduction définitif est déterminé par l'application d'un coefficient de minoration permettant de ne pas excéder ce plafond.

(42) « IV. – Le taux définitif de réduction déterminé en application du III du présent article est notifié par le Comité économique des produits de santé. Il s'applique au montant de la contribution mentionnée au III de l'article L. 245-6 avant le plafonnement prévu au E du même III.

(43) « V. – Si, avant le 1er juillet de l'année suivant la demande de réduction, aucun taux n'a été notifié à l'entreprise qui en a fait la demande, le silence gardé par le Comité économique des produits de santé vaut décision de rejet.

(44) « VI. – Si, postérieurement à la notification à une entreprise bénéficiaire d'un taux de réduction définitif, ce taux de réduction ou le montant des contributions mentionnées au I du présent article dues par cette entreprise est modifié, une telle modification demeure sans incidence sur les taux de réduction et les montants dus par les autres entreprises. Elle donne seulement lieu à une régularisation auprès de l'entreprise concernée.

(45) « VII. – Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État, notamment pour :

(46) « 1° La composition du dossier de demande de réduction de la contribution ;

(47) « 2° Les modalités de calcul des indices mentionnés au II ;

(48) « 3° Les modalités de détermination des coefficients mentionnés au même II ;

(49) « 4° Les modalités de détermination du coefficient de minoration mentionné au III. »

(50) VI *(nouveau)*. – Le II de l'article L. 138-12 et l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant de la présente loi, s'appliquent à compter du 1er janvier 2028, pour les contributions mentionnées à l'article L. 138-10 et au III de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale dues au titre de l'année 2027 et des années suivantes.

(51) VII *(nouveau)*. – L'article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, s'applique à compter du 1er janvier 2028 pour la contribution due au titre de l'année 2027 et des années suivantes.

(52) VIII *(nouveau)*. – Le G du III de l'article L. 245-6 s'applique à compter de la contribution supplémentaire due au titre de l'année 2027.

⑬ IX *(nouveau)*. – L'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, dans sa version résultant de la présente loi, s'applique à compter d'une date déterminée par décret, qui ne peut être antérieure à la date de la réception par le Gouvernement de la réponse de la Commission européenne permettant de considérer la disposition lui ayant été notifiée comme étant conforme au droit de l'Union européenne.

⑭ X *(nouveau)*. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de la réduction de la contribution supplémentaire et, le cas échéant, de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I[er] du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 11 *bis (nouveau)*

① I. – Après le septième alinéa de l'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

② « Pour les grossistes-répartiteurs mentionnés à l'article L. 5124-17-2 du code de la santé publique dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre des ventes de médicaments en dehors du territoire national ou à des distributeurs en gros à l'exportation au cours de l'année civile excède un seuil de leur chiffre d'affaires hors taxes total de la même année fixé par décret en Conseil d'État, le taux mentionné au *a* du présent article ainsi que le plafond et le plancher mentionnés au septième alinéa sont doublés. Le seuil mentionné au présent alinéa ne peut être inférieur à 10 %.

③ « Ces grossistes-répartiteurs déclarent le chiffre d'affaires réalisé au titre des ventes de médicaments en dehors du territoire national ou à des distributeurs en gros à l'exportation au cours de l'année civile et le chiffre d'affaires total, à l'appui de la déclaration de la contribution. »

④ II. – Le I s'applique à compter d'une date fixée par décret, qui ne peut être antérieure à la date de la réception par le Gouvernement de la réponse de la Commission européenne permettant de considérer la disposition lui ayant été notifiée comme étant conforme au droit de l'Union européenne.

Article 12

(Supprimé)

Article 12 *bis (nouveau)*

① I. – Après l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 862-4-1 A ainsi rédigé :

② « *Art. L. 862-4-1 A.* – I. – Les organismes redevables de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 bénéficient d'une déduction sur le montant de cette taxe au titre des contrats d'assurance complémentaire en matière de santé souscrits à titre individuel par des personnes âgées d'au moins soixante-dix ans dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues à l'article L. 861-2, sont supérieures au plafond ouvrant droit à la protection complémentaire en matière de santé moyennant une participation financière, mentionné à l'article L. 861-1, et inférieures à un plafond spécifique fixé par décret.

③ « II. – Ouvrent droit à la déduction mentionnée au I du présent article les contrats qui respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 et dont la cotisation restant à la charge de l'assuré, après application de la déduction, n'excède pas un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de deux euros par jour.

④ « III. – Le montant de la déduction, fixé par bénéficiaire et par décret, est intégralement répercuté sur le montant de la cotisation due par l'assuré. Il ne peut excéder le montant de la taxe due par l'organisme au titre du trimestre considéré ; l'excédent est reporté sur les échéances suivantes.

⑤ « IV. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article, notamment les conditions dans lesquelles l'organisme vérifie l'éligibilité de l'assuré. »

⑥ II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2028.

⑦ III. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 12 *ter (nouveau)*

① I. – Au premier alinéa de l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « et, au titre des activités mentionnées à l'article L. 136-3 du même code dont l'exercice relève du champ défini aux articles L. 722-1 à L. 722-3 du présent code, sur l'assiette mentionnée à l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.

② II. – Au B du I de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, après la référence : « I », sont insérés les mots : « pour les seules activités mentionnées à l'article 63 du code général des impôts ».

③ III. – Le présent article s'applique au calcul des cotisations et des contributions dues par les travailleurs indépendants agricoles au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2027.

Article 12 *quater (nouveau)*

① I. – Le délai de six ans mentionné au dernier alinéa du II de l'article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime n'est pas opposable aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole au titre des options réalisées en 2026 et 2027.

② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 13

① I. – Le *b* de l'article L. 3332-1 du code général des collectivités territoriales est complété par un 11° ainsi rédigé :

② « 11° Dans les conditions précisées à l'article 13 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2027, 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° L'article L. 223-11 est ainsi modifié :

⑤ *a)* Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « 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)* Avant le dernier alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

⑧ « II. – Le montant de concours calculé dans les conditions prévues au I du présent article est versé sous la forme d’une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie aux départements. » ;

⑨ *d)* Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;

⑩ 2° L’article L. 223-12 est ainsi modifié :

⑪ *a)* Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « 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 *b* du 2°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

⑭ « 3° *(nouveau)* Le cas échéant, un coefficient géographique s’appliquant au taux mentionné au 2° du présent I afin de tenir compte des caractéristiques économiques, sociales et démographiques des collectivités régies par l’article 73 de la Constitution, de Saint-Martin, de Saint-Barthélemy et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

⑮ « II. – Le montant de concours calculé dans les conditions prévues au I du présent article est versé sous la forme d’une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie aux départements. » ;

⑯ *d)* Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;

⑰ 3° Le *g* du 3° de l’article L. 223-8 est abrogé ;

⑱ 4° Le 2° de l’article L. 241-6-2 est complété par les mots : « et à l’article XX de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2027 ».

⑲ III. – À compter de 2027, un montant de 300 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-Région de Mayotte ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, pour la couverture d'une partie des dépenses mentionnées aux *a* et *b* du 3° de l'article L. 223-8 dudit code, dans les conditions définies au IV du présent article.

⑳ 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.

㉑ A. – 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 :

㉒

Code département	**Département**	**Montant de contribution sociale généralisée**
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	Collectivité 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 et 68	Collectivité européenne d'Alsace	4 960 536
69	Rhône	1 486 157
69 M	Métropole 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-Barthélemy	16 089
978	Saint-Martin	74 032
Total		**225 032 730**

㉓ B. – 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 :

㉔

Code département	**Département**	**Montant de contribution sociale généralisée**
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	Collectivité 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 et 68	Collectivité européenne d’Alsace	1 820 608
69	Rhône	462 073
69 M	Métropole 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-Barthélemy	7 257
978	Saint-Martin	31 027
Total		**74 967 270**

㉕ V. – Le montant mentionné au III du présent article 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.

㉖ 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 du présent article sont définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

㉗ VII *(nouveau)*. – À compter de 2027, le taux mentionné au 2° du I de l'article L. 223-12 du code de la sécurité sociale est rehaussé, pour chaque département, dans une proportion garantissant une hausse du concours prévu au même article L. 223-12 de cent millions d'euros au niveau national en 2027. Les modalités d'application du présent VII sont définies par décret.

㉘ VIII *(nouveau)*. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de l'absence de déduction des concours versés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour compenser l'attribution d'une part de contribution sociale généralisée aux départements est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 13 *bis (nouveau)*

① I. – Le *a* du 1° du II de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est abrogé.

② II. – Le I s'applique aux allocations et avantages versés à compter du 1er janvier 2027.

Article 14

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

② 1° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

③ *a)* Le 1° est ainsi modifié :

④ – à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 58,35 % » est remplacé par le taux : « 52,32 % » ;

⑤ – à la fin du troisième alinéa, le taux : « 10,74 % » est remplacé par le taux : « 6,84 % » ;

⑥ – à la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 24,77 % » est remplacé par le taux : « 34,94 % » ;

⑦ – à la fin du dernier alinéa, le taux : « 6,14 % » est remplacé par le taux : « 5,91 % » ;

⑧ *b)* Le 3° est ainsi modifié :

⑨ – au premier alinéa, après la référence : « 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 début du troisième alinéa du *a*, le taux : « 0,68 % » est remplacé par le taux : « 0,79 % » ;

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

⑫ – à la fin du *c*, le taux : « 0,22 % » est remplacé par le taux : « 0,26 % » ;

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

⑭ « 3° *bis* A 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° du même 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) (Supprimé)*

⑳ 1° *bis (nouveau)* Au dernier alinéa de l'article L. 139-3, la référence : « 6° » est remplacée par la référence : « 2° » ;

㉑ 2° L'article L. 223-1 est ainsi modifié :

㉒ *a)* Le 5° est complété par les mots : « ainsi que celles correspondant 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 » ;

㉓ *b)* Au début du *a* du 6°, les mots : « D'une fraction de 60 % » sont remplacés par les mots : « De la totalité » ;

㉔ *c)* Aux 7° et 8°, les mots : « la limite du » sont remplacés par les mots : « une limite ne pouvant dépasser le » ;

㉕ 3° Au premier alinéa de l'article L. 225-1-3, la référence : « 6° » est remplacée par la référence : « 2° » ;

㉖ 4° L'article L. 225-1-4 est ainsi modifié :

㉗ *a)* Au 2°, la référence : « 6° » est remplacée par la référence : « 2° » ;

㉘ *b)* La première phrase du 3° est complétée par les mots : « , lorsque cette centralisation ou ce recouvrement ont pour conséquence de retarder les dates auxquelles ces recettes, cotisations ou contributions sont perçues par ces organismes ».

㉙ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

㉚ 1° L'article L. 723-11 est ainsi modifié :

㉛ *a)* La première phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi modifiée :

㉜ – au début, les mots : « Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires spécifiques, » sont supprimés ;

⑬③ – 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 ;

⑬④ – sont ajoutés les mots : « , des sommes dont les organismes de mutualité sociale agricole assurent le recouvrement » ;

⑬⑤ *b)* Après le mot : « concernés », la fin de la seconde phrase du même avant-dernier alinéa est supprimée ;

⑬⑥ *c)* Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑬⑦ « Par dérogation au vingtième alinéa du présent article, 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 du même III d'un taux fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget. » ;

⑬⑧ 2° Le III de l'article L. 725-3 est ainsi modifié :

⑬⑨ *a)* Le 1° est abrogé ;

⑭⓪ *b)* Après le 4°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑭① « Par dérogation au deuxième alinéa du présent III, pour les versements effectués entre le 1er janvier 2027 et le 31 décembre 2031, le taux mentionné au même deuxième alinéa est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget, par attributaire ou par catégorie d'attributaires, par référence aux taux fixés en application du dixième alinéa du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale. »

⑭② III. – A. – L'ordonnance n° 2026-648 du 22 juillet 2026 relative à la sécurité sociale à Saint-Pierre-et-Miquelon est ratifiée.

(43) B. – 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 rédaction résultant de l'ordonnance n° 2026-648 du 22 juillet 2026 précitée, est ainsi modifié :

(44) 1° À la fin du 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 de la sécurité sociale » ;

(45) 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

(46) « 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. »

(47) IV. – Au premier alinéa du 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 ».

(48) V. – La dernière phrase du premier alinéa du 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 est ainsi rédigée : « Elle enregistre les opérations relatives à la contribution tarifaire dans une section comptable spécifique. »

(49) VI. – A. – À titre exceptionnel et dans la limite du montant constaté au 31 décembre 2026, l'excédent cumulé de la section comptable mentionnée 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 la Caisse nationale d'assurance vieillesse, qui l'enregistre en fonds propres dans ses comptes.

(50) B. – Pour l'application du A du présent VI, la Caisse nationale des industries électriques et gazières réalise un premier versement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse d'un montant de 1,9 milliard d'euros avant le 31 décembre 2026. Le versement du solde, dont le montant, fixé dans le respect de la limite mentionnée au même 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.

51 VII. – Le *c* du 2° du I du présent article est applicable à compter du 1er janvier 2026.

Article 14 *bis (nouveau)*

1 Après l'article L. 133-5-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 133-5-4-1 ainsi rédigé :

2 « *Art. L. 133-5-4-1*. – Nonobstant l'article L. 133-5-3 et le code des relations entre le public et l'administration, un employeur est tenu d'accomplir sans délai auprès des administrations et des organismes chargés des missions mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 133-5-3 du présent code qui en font la demande les formalités déclaratives mentionnées au II du même article L. 133-5-3, lorsqu'il existe des présomptions graves et concordantes qu'il a contrevenu, contrevient ou va contrevenir à ses obligations à l'égard de ces administrations ou ces organismes ou à l'égard de ses salariés.

3 « L'existence de présomptions graves et concordantes est notamment considérée comme établie lorsque l'employeur dirige ou dirigeait une entreprise éphémère. Est regardée comme éphémère, au sens du présent article, toute personne morale qui, sous couvert d'un objet social licite et d'une activité économique réelle ou fictive, poursuit des objectifs frauduleux dont la réalisation repose sur sa brève durée d'existence et sur des manœuvres destinées à tromper la vigilance des administrations, des organismes de sécurité sociale ou de ses salariés.

4 « Les critères permettant de qualifier une entreprise d'éphémère ainsi que les modalités de leur appréciation sont déterminés par décret en Conseil d'État, pris après avis de la mission interministérielle de coordination anti-fraude.

5 « En cas de retard injustifié dans l'accomplissement d'une formalité déclarative relevant du premier alinéa du présent article, d'omission de données devant y figurer, d'inexactitude des données déclarées ou d'absence de correction dans le cas défini au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-3-1, il est fait application des deux derniers alinéas de l'article L. 133-5-4. »

Article 14 *ter (nouveau)*

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

② « V. – Par dérogation au I du présent article, pour les opérateurs de plateforme qui n'entrent pas dans le champ d'application de l'article L. 7342-1 du code du travail, l'obligation de précompte fait l'objet, du 1er janvier au 31 décembre 2027, d'une expérimentation selon des modalités définies par décret, tenant compte des caractéristiques de l'activité exercée par l'intermédiaire de ces plateformes.

③ « À compter du 1er janvier 2028, l'obligation de précompte prévue au I du présent article s'applique aux opérateurs mentionnés au premier alinéa du présent V. »

④ II. – Le I du présent article s'applique aux chiffres d'affaires et recettes réalisés à compter du 1er janvier 2027.

⑤ III. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre Ier du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 14 *quater (nouveau)*

① I. – L'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

② 1° Au premier alinéa, après le mot : « prévues », la fin est ainsi rédigée : « aux articles L. 133-4-1, L. 168-13, L. 355-3, L. 553-2, L. 815-11 et L. 821-5-1 du code de la sécurité sociale. » ;

③ 2° Après le deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

④ « Les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées aux professionnels, distributeurs ou établissements de santé, engager l'action en recouvrement prévue à l'article L. 133-4 du même code.

⑤ « L'article L. 161-1-5 dudit code est applicable aux actions en recouvrement prévues aux premier et quatrième alinéas du présent article. » ;

⑥ 3° Le dernier alinéa est supprimé.

⑦ II. – À l'article L. 161-1-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « des articles » sont remplacés par les mots : « de l'article » et les mots : « et L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ 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	267,8	276,0	-8,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	18,0	19,5	-1,5
Vieillesse	314,8	320,3	-5,5
Famille	61,7	60,2	1,6
Autonomie	44,4	44,8	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	685,8	699,8	-14,0

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

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 retraites des agents des collectivités locales	15 300

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

④ 1° À la première phrase du 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. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

② 1° À la première phrase de 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.* – Lorsqu’une interruption de travail excède trente jours et que l’assuré présente un risque de désinsertion professionnelle, le médecin traitant ou le médecin spécialiste qui prend en charge l’assuré peut, après avoir recueilli l’accord de ce dernier, demander la tenue d’une réunion de concertation sur sa situation avec le médecin du travail et le médecin du service du contrôle médical. Dans le cas où l’assuré refuse la tenue de cette réunion, son refus peut être porté à la connaissance du seul médecin du service du contrôle médical, sans incidence sur la prise en charge de l’assuré.

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 « Par dérogation au premier alinéa du présent article, l’accord de l’assuré n’est pas requis lorsque l’interruption de travail est consécutive à un accident du travail au sens de l’article L. 752-2 du présent code.

⑦ « Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article en ce qui concerne l’échange et le partage d’informations entre les professionnels de santé sont définies par un décret en Conseil d’État, pris après avis de la Commission nationale de l’informatique et des libertés. »

⑧ II. – Après le deuxième alinéa de l’article L. 1111-15 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑨ « L’identifiant et les coordonnées du médecin du travail sont versés dans le dossier médical partagé. »

⑩ III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑪ 1° L’article L. 162-5 est ainsi modifié :

⑫ *a)* Le 13° est ainsi modifié :

⑬ – le premier alinéa est complété par les mots : « ainsi que les actions de concertation visant à lutter contre la désinsertion professionnelle prévues à l’article L. 323-4-2 du présent code et à l’article L. 752-5-3 du code rural et de la pêche maritime. » ;

⑭ – au second alinéa, après la référence : « 13° », sont insérés les mots : « du présent article » ;

⑮ *b) (nouveau)* Au 17°, après la référence : « L. 162-5-3 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

⑯ 2° Après l’article L. 323-4-1, il est inséré un article L. 323-4-2 ainsi rédigé :

⑰ « *Art. L. 323-4-2.* – Lorsqu’une interruption de travail excède trente jours et que l’assuré présente un risque de désinsertion professionnelle, le médecin traitant ou le médecin spécialiste qui prend en charge l’assuré peut, après avoir recueilli l’accord de ce dernier, demander la tenue d’une réunion de concertation sur sa situation avec le médecin du travail et le médecin du service du contrôle médical. Dans le cas où l’assuré refuse la tenue de cette réunion, son refus peut être porté à la connaissance du seul médecin du service du contrôle médical, sans incidence sur la prise en charge de l’assuré.

⑱ « 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.

⑲ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, l’accord de l’assuré n’est pas requis lorsque l’interruption de travail est consécutive à un accident du travail au sens des articles L. 411-1 et L. 411-2 du présent code.

⑳ « Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article en ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre les professionnels de santé sont définies par un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » ;

㉑ 3° Au début du 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 » ;

㉒ 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, ».

㉓ IV. – Le code du travail est ainsi modifié :

㉔ 1° Après le 5° de l'article L. 4622-8-1, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

㉕ « 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. » ;

㉖ 2° *(nouveau)* À la première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 4624-8, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».

㉗ V. – Le présent article entre en vigueur le 1er juillet 2027.

Article 20 *bis (nouveau)*

① I. – Le II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Le troisième alinéa est ainsi modifié :

③ *a)* À la première phrase, après la seconde occurrence du mot : « travail », sont insérés les mots : « ou de sa durée » ;

④ *b)* Aux deuxième et dernière phrases, les mots : « concerné. Au vu de ce rapport, ce service : » sont remplacés par les mots : « et comporte les éléments médicaux nécessaires à l'appréciation de la justification de l'arrêt de travail ou de sa durée. » ;

⑤ 2° Les 1° et 2° sont abrogés ;

⑥ 3° Sont ajoutés six alinéas ainsi rédigés :

⑦ « Dans un délai maximal de quatre jours francs à compter de la réception du rapport, le service du contrôle médical procède, au vu de ce rapport et des éléments médicaux dont il dispose, à l'instruction médicale de la situation de l'assuré et se prononce sur la justification de l'arrêt de travail ou de sa durée.

⑧ « Lorsque, à l'issue de cette instruction médicale, le service du contrôle médical conclut à l'absence de justification de l'arrêt de travail ou de sa durée, il demande à la caisse de suspendre le versement des indemnités journalières à compter de la date qu'il détermine.

⑨ « Lorsque cette décision est prise à l'issue de la seule instruction médicale sur pièces, l'assuré peut, dans un délai de dix jours francs à compter de sa notification, demander à bénéficier d'un nouvel examen médical par le service du contrôle médical. Cette demande suspend l'exécution de la décision de suspension à compter de sa réception par la caisse et jusqu'à la notification de la décision prise à l'issue du nouvel examen. Le service du contrôle médical procède à cet examen et se prononce dans un délai maximal de quatre jours francs à compter de la réception de la demande.

⑩ « Lorsque les éléments médicaux dont dispose le service du contrôle médical ne lui permettent pas de conclure à l'absence de justification de l'arrêt de travail ou de sa durée, il procède à un nouvel examen médical de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré. À l'issue de ce nouvel examen, le service du contrôle médical demande à la caisse de suspendre le versement des indemnités journalières ou décide de leur maintien.

⑪ « À défaut de décision du service du contrôle médical dans les délais prévus au présent II, le versement des indemnités journalières est maintenu jusqu'à ce qu'il soit statué sur la situation de l'assuré.

⑫ « Les modalités d'application du présent II sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

⑬ II. – Le présent article s'applique aux contre-visites réalisées à compter du 1er juillet 2027.

Article 20 *ter (nouveau)*

À la fin du 5° du I de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique, les mots : « mentionné à l'article L. 4011-4 » sont supprimés.

Article 21

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

② 1° L'article L. 1434-4 est ainsi modifié :

③ *a)* Le 1° est complété par deux phrases ainsi rédigées : « À l'intérieur de ces zones, des zones considérées comme prioritaires du point de vue du renforcement de l'offre de soins médicaux, en tenant compte notamment des contraintes d'accès aux soins propres aux territoires insulaires non reliés au continent par une liaison routière, de la durée et de la fréquence des liaisons maritimes ainsi que des variations saisonnières de population, sont identifiées aux fins de mise en œuvre de la mission de solidarité territoriale définie à l'article L. 4136-1 du présent code. Cette identification tient notamment compte des difficultés d'accès effectif aux soins résultant des caractéristiques géographiques des territoires, des variations saisonnières de leur population ainsi que, dans les zones frontalières, des écarts de rémunération et de conditions d'exercice constatés avec les États voisins, lorsqu'ils entraînent des difficultés particulières de recrutement et de maintien des médecins ; »

④ *b)* À l'avant-dernier 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 I[er] 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 « La mission de solidarité territoriale est ouverte aux médecins de toutes spécialités médicales, y compris aux médecins spécialistes en médecine générale. Lorsqu'aucun zonage spécifique n'a été établi pour une spécialité médicale ou un groupe de spécialités médicales, les zones identifiées pour la profession de médecin en application du même 1° s'appliquent.

⑩ « Les zones prioritaires mentionnées au premier alinéa du présent article sont identifiées après consultation des représentants des conseils territoriaux de santé ainsi que des communes et de leurs groupements concernés et des représentants de l'union régionale des professionnels de santé et des structures territorialement compétentes des ordres, dans des conditions déterminées par décret.

⑪ « 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.

⑫ « 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 nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du même code. »

⑬ II. – L'article L. 162-5-14-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

⑭ « *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 aux 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 du présent code.

⑮ « Le médecin retraité ayant été adhérent à la convention nationale mentionnée au même 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 aux consultations réalisés dans ce cadre, d'une indemnisation forfaitaire versée par l'assurance maladie pour chaque jour de participation à cette mission.

⑯ « Lorsqu'un médecin participe à la mission de solidarité territoriale définie au même article L. 4136-1 dans le cadre d'une activité salariée dans une structure de soins adhérente aux accords mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du présent code ou 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.

⑰ « 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 du présent article, notamment le nombre maximal de jours pouvant être indemnisé sur une période donnée ainsi que le montant de l'indemnité forfaitaire.

⑱ « 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 requise de présence de ce médecin 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. »

⑲ III *(nouveau)*. – Le code des assurances est ainsi modifié :

⑳ 1° L'article L. 251-2 est ainsi modifié :

㉑ *a)* Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

㉒ « Par dérogation au troisième alinéa du présent article, le contrat d'assurance conclu, après sa cessation d'activité professionnelle définitive, par un professionnel de santé mentionné à la quatrième partie du code de la santé publique exerçant à titre libéral dans le cadre du dispositif "mission de solidarité territoriale" mentionné à l'article L. 4136-1 du même code, garantit les sinistres dont la réclamation et le fait dommageable sont survenus pendant la période de validité du contrat dans le cadre des activités garanties en application du présent alinéa. » ;

㉓ *b)* À la première phrase du quatrième alinéa, après le mot : « assurance », sont insérés les mots : « , y compris celui conclu au titre du dispositif “mission de solidarité territoriale” mentionné à l’article L. 4136-1 du code de la santé publique, » ;

㉔ *c)* La troisième phrase du cinquième alinéa est complétée par les mots : « ou les sinistres garantis par le contrat d’assurance conclu au titre d’une participation à la “mission de solidarité territoriale” mentionnée à l’article L. 4136-1 du même code » ;

㉕ 2° Le I de l’article L. 426-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces dispositions s’appliquent également à la couverture d’assurance conclue au titre de la “mission de solidarité territoriale” mentionnée à l’article L. 4136-1 du code de la santé publique. »

Article 22

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

② 1° 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 présent 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, détermine 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 2° 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° du présent article, les conditions dans lesquelles les actes et les 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 les prestations qui ne sont pas compris dans le périmètre de cette rémunération forfaitaire. Les informations relatives aux actes et prestations inclus dans cette rémunération forfaitaire 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 3° Après la section 7 du chapitre II du titre VI du livre I[er], est insérée 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 des 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 défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui détermine les actions spécifiques devant être conduites à destination de personnes 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 manifestations d'intérêt, peuvent être labellisées par région est déterminé 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 « *Art. L. 162-32-6 (nouveau).* – I. – L'organisme gestionnaire d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique déclare au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le centre est implanté et au directeur général de l'agence régionale de santé, au moins deux mois avant sa réalisation :

⑬ « 1° Toute cession, totale ou partielle, de l'activité du centre ou de l'une de ses antennes, et tout changement de l'organisme gestionnaire ;

⑭ « 2° Tout changement du représentant légal de l'organisme gestionnaire ou de la majorité des membres de son instance dirigeante ;

⑮ « 3° Tout changement des personnes physiques ou morales qui exercent, directement ou indirectement, le contrôle de l'organisme gestionnaire au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce ou qui ont conclu avec lui l'un des contrats mentionnés au III de l'article L. 6323-1-11 du code de la santé publique.

⑯ « La déclaration comporte les déclarations de liens d'intérêts des nouveaux dirigeants et les contrats conclus ou à conclure avec des sociétés tierces, dans les conditions prévues au même III. Elle est inscrite au répertoire national mentionné au V de l'article L. 6323-1-12 du même code.

⑰ « II. – Lorsqu'un changement mentionné au I du présent article intervient dans les dix-huit mois suivant la délivrance du récépissé de l'engagement de conformité ou de l'agrément mentionnés à l'article L. 6323-1-11 du code de la santé publique, ou dans les dix-huit mois suivant un précédent changement :

⑱ « 1° Le versement des rémunérations forfaitaires prévues par la présente section et par l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 du présent code est suspendu, à compter de la déclaration ou, à défaut, de la date à laquelle la caisse a connaissance du changement, jusqu'à l'issue du contrôle mentionné au 2° du présent II. Les actes dispensés pendant cette période restent pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 162-32 ;

⑲ « 2° La caisse procède, dans les six mois suivant le changement, à un contrôle de l'activité et de la facturation du centre portant sur les dix-huit mois qui précèdent, dans les conditions prévues aux articles L. 114-10 et L. 315-1. Les résultats du contrôle sont transmis au directeur général de l'agence régionale de santé ;

⑳ « 3° Le nouvel organisme gestionnaire, le cessionnaire ou, en cas de changement de contrôle, l'organisme gestionnaire est tenu solidairement avec l'ancien organisme gestionnaire au reversement des sommes indûment versées par l'assurance maladie au titre des facturations antérieures au changement, dans la limite du prix de la cession ou de la valeur des droits transférés et pendant un délai de trois ans à compter du changement. Cette solidarité ne s'étend pas aux pénalités financières prononcées en application de l'article L. 114-17-1.

㉑ « III. – Le défaut de déclaration dans le délai prévu au I du présent article ou la déclaration inexacte constituent un manquement aux engagements de l'accord national au sens de l'article L. 162-32-3. Ils peuvent en outre donner lieu à la pénalité prévue à l'article L. 114-17-1.

㉒ « IV. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article, notamment le contenu de la déclaration et les conditions dans lesquelles les sommes dont le versement a été suspendu en application du 1° du II sont, à l'issue du contrôle, versées ou définitivement retenues. » ;

㉓ 3° *bis (nouveau)* À la seconde phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 165-6, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « septième » ;

㉔ 4° L’article L. 861-3 est ainsi modifié :

㉕ *a)* Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

㉖ « 1° *bis* De la participation de l’assuré mentionnée au cinquième alinéa du I de l’article L. 160-13 ; »

㉗ *b) (nouveau)* À la première phrase du huitième alinéa, le mot : « six » est remplacé par le mot : « sept » ;

㉘ 4° *bis (nouveau)* Aux 1° et 2° de l’article L. 862-2 et *d* de l’article L. 862-7, le mot : « septième » est remplacé par le mot : « huitième » ;

㉙ 5° L’article L. 871-1 est ainsi modifié :

㉚ *a)* Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elles prévoient la prise en charge de la participation de l’assuré mentionnée au cinquième alinéa du I de l’article L. 160-13. » ;

㉛ *b)* Au dernier alinéa, après la première occurrence du mot : « responsabilité », sont insérés les mots : « et du montant de la participation prévue au cinquième alinéa du I de l’article L. 160-13 » ;

㉜ 6° 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 du même I ».

㉝ II *(nouveau)*. – Après le V de l’article L. 6323-1-11 du code de la santé publique, il est inséré un V *bis* ainsi rédigé :

㉞ « V *bis*. – Lorsqu’un changement mentionné au I de l’article L. 162-32-6 du code de la sécurité sociale intervient dans le délai prévu au II du même article L. 162-32-6, le directeur général de l’agence régionale de santé procède à une nouvelle instruction du dossier mentionné au III du présent article et peut réaliser la visite de conformité mentionnée au même III. L’agrément définitif, lorsqu’il a été délivré, redevient provisoire pour une durée d’un an à compter du changement. Il ne peut devenir définitif, et le récépissé de l’engagement de conformité ne peut être maintenu, lorsque l’organisme gestionnaire, son représentant légal ou l’un des membres de son instance dirigeante relève du IV de l’article L. 6323-1-12. »

㉟ III *(nouveau)*. – L'article L. 162-32-6 du code de la sécurité sociale et le V *bis* de l'article L. 6323-1-11 du code de la santé publique s'appliquent aux changements réalisés à compter du 1er juillet 2027.

Article 22 *bis (nouveau)*

① Tout ou partie de la rémunération annuelle due au titre de l'année 2027 en application du troisième alinéa du II de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale peut ne pas être versée aux communautés professionnelles territoriales de santé dont le niveau de trésorerie excède un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

② Les conditions d'application du présent article sont définies par décret.

Article 22 *ter (nouveau)*

① L'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Les VIII *bis* et VIII *ter* sont abrogés ;

③ 2° Le second alinéa du IX est supprimé.

Article 22 *quater (nouveau)*

① I. – À compter du 1er janvier 2027, la Caisse nationale de l'assurance maladie met en œuvre, dans le cadre de ses missions de gestion du risque, un programme de maîtrise médicalisée des dépenses liées aux dispositifs médicaux. Ce programme poursuit un objectif de 150 millions d'euros d'économies nettes en année pleine pour les régimes obligatoires de base d'assurance maladie. Il est élaboré en concertation avec les représentants des professionnels et des établissements de santé, des patients et des entreprises du secteur.

② II. – Le programme porte sur :

③ 1° La pertinence du choix thérapeutique dans le traitement des apnées du sommeil, notamment le recours aux orthèses d'avancée mandibulaire lorsque leur indication est établie, ainsi que le suivi de l'observance et le contrôle des facturations de la pression positive continue ;

④ 2° L’application des règles de prise en charge et de tarification de la perfusion à domicile, le bon usage des dispositifs concernés et la prévention des erreurs de facturation ;

⑤ 3° La coordination des parcours de cicatrisation avec les structures expertes existantes, afin de réduire les soins redondants et les hospitalisations évitables ;

⑥ 4° La pertinence des prescriptions hospitalières de pansements exécutées en ville et l’adaptation des quantités délivrées aux besoins de soins ;

⑦ 5° Le développement des prises en charge ambulatoires en orthopédie, lorsque la situation du patient le permet, ainsi que l’évaluation des économies liées aux technologies réduisant les durées de séjour et les réhospitalisations.

⑧ III. – Au plus tard le 31 mars 2027, la Caisse nationale de l’assurance maladie publie la déclinaison opérationnelle du programme. Elle précise, pour chaque action, les organismes compétents, les instruments réglementaires ou conventionnels mobilisés, le calendrier, les indicateurs de qualité et les économies prévisionnelles, en distinguant leur effet au titre de 2027 de leur effet en année pleine.

⑨ La mesure des économies repose sur une trajectoire de référence explicitée. Elle déduit les coûts de mise en œuvre et exclut toute double comptabilisation entre actions ou avec des économies déjà intégrées à cette trajectoire.

⑩ IV. – Le programme est mis en œuvre dans le cadre des compétences et des moyens existants des organismes concernés. Les actions respectent les indications médicales individuelles, la qualité et la sécurité des soins et les règles de prise en charge applicables. Elles ne peuvent avoir pour objet d’augmenter la participation financière des assurés. Le présent article ne crée aucun droit à un financement supplémentaire.

Article 23

① Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° À l'article L. 4081-1, les mots : « réalisés par les médecins » 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 » ;

③ 2° À la fin du 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 23 *bis (nouveau)*

① Après l'article L. 1111-3-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-3-4-1 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 1111-3-4-1*. – I. – Par dérogation à l'article L. 1111-3-4, l'établissement de santé, le service de santé, le centre de santé ou le professionnel de santé exerçant à titre libéral peut exiger du patient le paiement d'une pénalité lorsque ce dernier ne se présente pas à une consultation ou lorsqu'il annule celle-ci sans respecter un délai raisonnable avant la date prévue. La pénalité est proportionnelle au tarif de la consultation ou est fixée à une somme forfaitaire et ne peut en aucun cas excéder le montant de la consultation.

③ « La pénalité ne peut être réclamée lorsque le patient justifie d'un motif impérieux d'ordre personnel, familial ou professionnel ou d'un motif de santé l'empêchant de se présenter à la consultation.

④ « La mise en place de cette pénalité est un choix discrétionnaire des établissements de santé, des services de santé, des centres de santé ou des professionnels de santé exerçant à titre libéral.

⑤ « II. – Pour pouvoir réclamer cette pénalité, l'établissement de santé, le service de santé, le centre de santé ou le professionnel de santé a préalablement :

⑥ « 1° Informé le patient lors de la prise de rendez-vous que, en cas d'absence ou d'annulation tardive, une pénalité peut lui être appliquée, sauf s'il justifie d'un des motifs mentionnés au deuxième alinéa du I du présent article ou s'il a annulé le rendez-vous dans le délai raisonnable mentionné au premier alinéa du même I ;

⑦ « 2° Rappelé au patient la date et l'horaire de la consultation au moins une fois avant la date de celle-ci.

⑧ « L'établissement de santé, le service de santé, le centre de santé ou le professionnel de santé peut proposer, à titre facultatif, l'autorisation du paiement de la pénalité lors de la prise de rendez-vous. Cette autorisation, prévue à l'article L. 133-6 du code monétaire et financier, peut être librement acceptée par le patient. En cas de refus, la demande de rendez-vous ne peut être rejetée.

⑨ « La pénalité peut être payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir.

⑩ « Les outils et les services numériques utilisés par l'établissement de santé, le service de santé, le centre de santé ou le professionnel de santé pour mettre en œuvre le présent article respectent les référentiels mentionnés à l'article L. 1470-5 du présent code.

⑪ « En cas de litige, la demande de l'assuré auprès de l'établissement de santé, le service de santé, le centre de santé ou le professionnel de santé s'exerce en priorité à titre amiable. En l'absence de résolution, le recours est formé auprès du tribunal territorialement compétent.

⑫ « III. – Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application du présent article, notamment :

⑬ « 1° Le délai raisonnable mentionné au premier alinéa du I ;

⑭ « 2° Les motifs d'exonération de la pénalité mentionnés au deuxième alinéa du même I ;

⑮ « 3° Les voies de règlement amiable des litiges relatifs à la mise en œuvre du présent article prévues au dernier alinéa du II. »

Article 23 *ter (nouveau)*

① L’article L. 160-4 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Un décret en Conseil d’État, pris après avis du Conseil économique, social et environnemental et de l’Assemblée des Français de l’étranger ou, dans l’intervalle de ses sessions, de son bureau, précise les conditions dans lesquelles les personnes ayant précédemment bénéficié de la prise en charge de leurs frais de santé au titre de l’article L. 160-1, qui ont cessé de remplir les conditions mentionnées au deuxième alinéa de l’article L. 111-1 en établissant leur résidence hors de France, recouvrent le bénéfice de la prise en charge de leurs frais de santé dans les meilleurs délais après leur retour sur le territoire. »

Article 23 *quater (nouveau)*

① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Après le 33° de l’article L. 160-14, il est inséré un 34° ainsi rédigé :

③ « 34° Pour les frais d’examens de biologie médicale relatifs au dosage sanguin de la chlordécone lorsque le prélèvement est effectué en Guadeloupe ou en Martinique, et dans des conditions définies par décret en Conseil d’État, sur la base des recommandations de la Haute Autorité de santé. » ;

④ 2° Le second alinéa de l’article L. 162-13-2 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

⑤ « Par dérogation au premier alinéa, sont pris en charge dans les conditions prévues à l’article L. 160-13 :

⑥ « 1° Les examens de biologie médicale relatifs au dépistage de l’infection par le virus de l’immunodéficience humaine ainsi qu’à d’autres infections sexuellement transmissibles, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ces examens sont réalisés à la demande du patient en laboratoire de biologie médicale. Cet arrêté précise également les modalités de réalisation des dépistages en fonction de l’épidémiologie des maladies concernées et des recommandations de la Haute Autorité de santé ;

⑦ « 2° Les examens de biologie médicale relatifs au dosage sanguin de la chlordécone qui sont réalisés à la demande du patient, dans les territoires et conditions prévus par décret en Conseil d'État. »

Article 23 *quinquies (nouveau)*

① I. – L'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Par dérogation au premier alinéa, sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 160-13 les tests rapides d'orientation diagnostique dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté précise également les conditions et les modalités de réalisation de ces dépistages en fonction des recommandations de la Haute Autorité de santé. »

③ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

④ 1° L'article L. 6212-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑤ « Lorsqu'un test rapide d'orientation diagnostique réalisé à la demande du patient en application du dernier alinéa de l'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale met en évidence une infection, le biologiste médical peut prescrire les médicaments nécessaires à son traitement. La liste de ces médicaments ainsi que les conditions dans lesquelles cette prescription peut être réalisée sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

⑥ 2° L'article L. 6211-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑦ « Il peut également primo-prescrire certains examens dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté précise également les conditions et les modalités dans lesquelles ces actes peuvent être prescrits. »

Article 23 *sexies (nouveau)*

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

② 1° Au 3° de l'article L. 161-36-4, les mots : « prévues à l'avant-dernier » sont remplacés par les mots : « dans lesquelles la participation prévue au I de l'article L. 160-13 peut être majorée en application du sixième » ;

③ 2° L’article L. 162-5-3 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

④ « 6° Lorsque le patient a indiqué à l’organisme gestionnaire de son régime de base d’assurance maladie qu’aucun médecin n’accepte d’être désigné comme son médecin traitant.

⑤ « Lorsque l’assuré relève des 5° et 6° du présent article, l’organisme gestionnaire du régime de base d’assurance maladie lui adresse les coordonnées des organisations coordonnées territoriales de son territoire, si elles existent, et l’invite à prendre contact avec elles afin de trouver un médecin traitant. » ;

⑥ 3° À la première phrase de l’article L. 162-5-4, les mots : « de l’avant-dernier » sont remplacés par les mots : « du sixième » ;

⑦ 4° Au 1° de l’article L. 861-3, les mots : « prévues à l’avant-dernier » sont remplacés par les mots : « dans lesquelles cette participation peut être majorée en application du sixième ».

⑧ II. – L’article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 2° du I de la présente loi, est ainsi modifié :

⑨ 1° Le 6° est abrogé ;

⑩ 2° Au dernier alinéa, les mots : « des 5° et 6° » sont remplacés par les mots : « du 5° ».

⑪ III. – Le II du présent article entre en vigueur cinq ans après la promulgation de la présente loi.

Article 23 *septies (nouveau)*

① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° L’article L. 162-13-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

③ « Les examens de biologie médicale réalisés au sein d’un laboratoire de biologie médicale ne sont pas pris en charge lorsqu’ils sont réalisés sur le fondement d’une prescription d’un professionnel de santé exerçant au sein de ce laboratoire, à l’exception de ceux prévus à l’article L. 6211-8 du code de la santé publique. » ;

④ 2° Le deuxième alinéa du VII de l'article L. 162-16 est ainsi modifié :

⑤ *a)* Après la première occurrence du mot : « médicaments », sont insérés les mots : « et les dispositifs médicaux prescrits ou » ;

⑥ *b)* À la fin, les mots : « que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code » sont remplacés par les mots : « de leur inscription sur les listes prévues respectivement au premier alinéa de l'article L. 162-17 et à l'article L. 165-1 du présent code ».

Article 24

① I *(nouveau)*. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Au début de la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 160-2, les mots : « Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance » sont remplacés par les mots : « Les personnes mineures prises en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance en application de l'article L. 222-5 du code de l'action sociale et des familles et celles bénéficiant d'un placement judiciaire dans le cadre de l'assistance éducative sur le fondement des 2° à 5° de l'article 375-3 du code civil ou dans le cadre de l'enfance délinquante sur le fondement du code de la justice pénale des mineurs » ;

③ 2° Après le cinquième alinéa de l'article L. 861-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

④ « Les personnes mineures mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 160-2 bénéficient, à titre personnel, de la protection complémentaire mentionnée au 1° du présent article dans les conditions définies à l'article L. 861-3 sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde. » ;

⑤ 3° Le deuxième alinéa de l'article L. 861-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Sont également réputées satisfaire aux conditions mentionnées au 1° de l'article L. 861-1 les personnes majeures âgées de moins de vingt et un ans qui, au moment du passage à leur majorité, étaient prises en charge selon les modalités mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 160-2. » ;

⑥ 4° À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 861-5, les mots : « les bénéficiaires du revenu de solidarité active et les jeunes majeurs mentionnés à la dernière phrase du » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées au ».

⑦ II. – 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 :

⑧ « Il finance également les dépenses d'investissement des centres de santé et des maisons de santé pluriprofessionnelles proposant une offre de soins adaptée à la prise en charge des personnes mentionnées 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 Le chapitre I[er] du titre I[er] du livre I[er] de la sixième partie du code de la santé publique est complété par 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 « 1° 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 « 2° D'équipes pédiatriques régionales référentes pour l'enfance en danger assurant 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 adaptés du psycho-traumatisme des enfants victimes de violence.

⑥ « Ces conventions précisent les modalités de coordination permettant d'assurer la continuité de la prise en charge sanitaire, psychologique et psychotraumatique de l'enfant, notamment lors d'un changement de lieu de vie, d'établissement ou de territoire de prise en charge. »

Article 26

① I. – À la fin du 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, l'année : « 2027 » est remplacée par l'année : « 2028 ».

② I *bis (nouveau)*. – L'article L. 827-3 du code général de la fonction publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

③ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, la participation financière des employeurs des établissements mentionnés à l'article L. 5 est réservée, pour les frais ou risques déterminés par décret, aux contrats sélectionnés au terme d'une procédure de mise en concurrence pour leur compte par un organisme désigné par décret. Les organismes complémentaires proposant les contrats sélectionnés ne peuvent refuser l'adhésion d'un établissement mentionné au même article L. 5. Ils sont tenus d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour tous les établissements et tous les agents concernés. Le décret précise les conditions de sélection des contrats, en particulier le recours à un allotissement ou à un marché multi-attributaires. »

④ II. – À compter du 1er janvier 2027 et jusqu'à la date d'effet de la sélection mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 827-3 du code général de la fonction publique, dans sa rédaction résultant du présent article, 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 déterminés par décret. Le versement du remboursement est réservé aux contrats remplissant les conditions définies 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° Le premier alinéa de l'article L. 3111-1 est ainsi modifié :

③ *a)* Le mot : « nécessaires » est remplacé par le mot : « applicables » ;

④ *b)* Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « 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. » ;

⑤ *c) (nouveau)* Le deuxième alinéa est complété par les mots : « du présent code » ;

⑥ 2° L'article L. 3111-4 est ainsi modifié :

⑦ *a)* Le III est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑧ « Les établissements ou les organismes employeurs ou, pour les élèves et les étudiants, les établissements ayant reçu leur inscription prennent à leur charge les dépenses liées à la vaccination ainsi que, le cas échéant, celles des tests sérologiques permettant d'attester d'une immunisation antérieure. » ;

⑨ *b)* Le IV est complété par deux phrases ainsi rédigées : « La preuve que les obligations d'immunisation prévues aux I et III sont remplies est apportée 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, de leur recrutement, de leur agrément ou du renouvellement de celui-ci ou lors de leur affectation dans un service ou à des activités exigeant qu'une obligation d'immunisation soit remplie. Les conditions dans lesquelles l'obligation d'immunisation mentionnée au II peut être vérifiée sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

⑩ 3° L’article L. 3111-11, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 du financement de la sécurité sociale pour 2026, est ainsi modifié :

⑪ *a)* Le III est ainsi rédigé :

⑫ « III. – Les dépenses afférentes aux centres de vaccination habilités en application du I du présent article sont prises en charge par le fonds mentionné à l’article L. 1435-8, 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 des groupements de communes, les dépenses afférentes aux centres de vaccination habilités peuvent être prises en charge par le fonds mentionné au même 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.

⑬ « 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 définies au titre V du livre II du même code et selon les modalités définies à l’article L. 182-1 du code de la sécurité sociale. » ;

⑭ *b)* Au début du IV, les mots : « Selon des modalités définies par décret, » sont supprimés ;

⑮ 3° *bis (nouveau)* À la fin du second alinéa de l’article L. 3821-1, les mots : « loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 » sont remplacés par les mots : « loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2027 » ;

⑯ 4° Au premier alinéa de l’article L. 4211-4, après la référence : « L. 4211-1, », sont insérés les mots : « les services médicaux de l’Office français de l’immigration et de l’intégration et ».

⑰ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑱ 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 :

⑲ *« Sous-section 5* bis

⑳ *« Prise en charge des vaccins ou des médicaments à visée prophylactiques destinés à l'immunisation dans les établissements de santé*

㉑ « *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 et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché peuvent être pris en charge, s'ils sont inscrits sur une liste déterminée 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. » ;

㉒ 2° L'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :

㉓ *a)* Après le III, il est inséré un III *bis* ainsi rédigé :

㉔ « III *bis*. – Le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements des vaccins ou des 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 s'opposer conjointement au tarif et au prix limite publiés par le comité et arrêter dans ce cas le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements dans un délai de quinze jours à compter de cette publication.

㉕ « Ce tarif et ce prix limite sont fixés dans les conditions définies au I de l'article L. 162-16-4. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions définies au II du même article L. 162-16-4.

㉖ « Les vaccins ou les 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.

㉗ « 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 définies aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce, les infractions aux conventions et aux arrêtés mentionnés au présent III *bis*.

㉘ « Le prix d'achat des vaccins ou des médicaments à visée prophylactique destinés à l'immunisation acquitté par l'établissement ne peut être supérieur à leur prix limite de vente précédemment défini.

㉙ « 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 du présent article, 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. » ;

㉚ *b)* Au second alinéa du IV, les mots : « du III » sont remplacés par les mots : « des III et III *bis* » ;

㉛ *c) (nouveau)* Au premier alinéa du B du V, les mots : « au III » sont remplacés par les mots : « aux III et III *bis* » ;

㉜ 3° Au 1er janvier 2027, à la fin du 2° du II de l'article L. 138-10, 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 » ;

㉝ 4° 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 » ;

㉞ 5° L'article L. 162-16-5-1-1 est ainsi modifié :

㉟ *a)* À la première phrase du premier alinéa du I, les mots : « ou L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-22-7 ou L. 162-23-17 » ;

⑯ *b)* Au 2° du B du II, les mots : « et L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-22-7 et L. 162-23-17 » ;

⑰ 6° L'article L. 162-16-5-1-2 est ainsi modifié :

⑱ *a)* Au 2° du II, après la référence : « L. 162-22-7 », sont insérés les mots : « ou de la liste mentionnée à l'article L. 162-23-17 » ;

⑲ *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 » ;

⑳ *c)* Les 1° et 2° du VII sont complétés par les mots : « ou sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-17 » ;

㉑ 7° 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 » ;

㉒ 8° À la première phrase du premier alinéa 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 » ;

㉓ 9° Le 1° du I de l'article L. 162-18-1 est complété par les mots : « ou sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-17 » ;

㉔ 10° 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 » ;

㉕ 11° 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 » ;

㉖ 12° À la fin du 1° du II de l'article L. 162-22-3-1, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-17 » ;

㉗ 13° À l'article L. 162-38-4, après la référence : « L. 162-9 », est insérée la référence : « , L. 162-14 » et, après les mots : « professionnels de santé », sont insérés les mots : « , des laboratoires de biologie médicale » ;

48 14° Le premier alinéa de l’article L. 174-16, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026, est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation, lorsque l’activité de vaccination est mise en œuvre par des communes ou des groupements de communes, les dépenses afférentes aux centres de vaccination habilités peuvent être prises en charge par le fonds mentionné au même article L. 1435-8, en complément, le cas échéant, du financement mentionné au premier alinéa de l’article L. 1422-1 du même code pour les services communaux d’hygiène et de santé et des éventuelles subventions accordées par les collectivités territoriales ou leurs groupements. » ;

49 15° Au A du II et au 2° du A 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 » ;

50 16° À la fin du premier alinéa et du 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 ».

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

52 1° L’article L. 314-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

53 « Un arrêté des ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale détermine la liste des vaccins ou des 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 troisième à avant-dernier alinéas du même III *bis* s’appliquent à cette prise en charge. Les vaccins inscrits sur cette liste figurent au calendrier des vaccinations. » ;

54 2° *(nouveau)* Au début du 5° du XXI de l’article L. 543-1, les mots : « Au dernier » sont remplacés par les mots : « À l’avant-dernier ».

Article 28

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

② 1° Le 1° de l'article L. 162-17-4 est ainsi rétabli :

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 du présent code 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 les niveaux de référence nécessaires à l'application de la 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 par les entreprises exploitantes d'engagements déterminés 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, en particulier l'adaptation des conditionnements conformément aux recommandations de bon usage établies par la Haute Autorité de santé. 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 définies 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 définies 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 du présent article, 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 déterminées 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° *(Supprimé)*

⑰ 3° L’article L. 5132-10 est ainsi rédigé :

⑱ « *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.

⑲ « 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 des mesures renforcées de prescription et de dispensation. Ces mesures peuvent comprendre l’obligation de recourir à l’ordonnance de dispensation conditionnelle. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine la liste des médicaments antibiotiques concernés, après avis de l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

⑳ « III. – Les modalités d’application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d’État. » ;

㉑ 3° *bis (nouveau)* À la fin du cinquième alinéa de l’article L. 5521-1, les mots : « n° 2026-791 du 16 août 2026 actualisant la programmation militaire pour les années 2024 à 2030 et portant diverses dispositions intéressant la défense » sont remplacés par les mots : « n° du de financement de la sécurité sociale pour 2027 » ;

㉒ 3° *ter (nouveau)* Au début du dernier alinéa de l’article L. 5521-1-1, la référence : « 17° » est supprimée ;

㉓ 4° *(Supprimé)*

Article 28 *bis (nouveau)*

À la première phrase du second alinéa du 2° de l’article L. 5125-23-2 du code de la santé publique, les mots : « un an » sont remplacés par les mots : « six mois ».

Article 28 *ter (nouveau)*

① À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication du décret mentionné au 2° du présent article, le pharmacien peut délivrer, par substitution à la spécialité pharmaceutique prescrite dans la dégénérescence maculaire liée à l'âge, un médicament biologique similaire lorsque les conditions suivantes sont remplies :

② 1° La spécialité prescrite a obtenu une amélioration du service médical rendu inexistante, au sens du 2° de l'article R. 163-18 du code de la sécurité sociale, et le médicament biologique similaire délivré en substitution dispose de la même indication thérapeutique remboursable ;

③ 2° La spécialité prescrite et le médicament biologique similaire susceptible de lui être substitué figurent sur une liste, accompagnée le cas échéant de conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient, déterminée par décret pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

④ 3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance, tenant à la situation médicale du patient ;

⑤ 4° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, la délivrance par substitution n'entraîne pas de dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.

⑥ Un rapport d'évaluation de cette expérimentation, portant notamment sur son impact sur les volumes de délivrance, les économies réalisées pour l'assurance maladie et la sécurité des patients dans la pathologie concernée, est remis par le Gouvernement au Parlement au plus tard six mois avant le terme de la période mentionnée au premier alinéa du présent article.

Article 28 *quater (nouveau)*

① I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans, l'assurance maladie peut prendre en charge des projets de recherche clinique académique visant à améliorer l'efficience des stratégies thérapeutiques et la qualité de vie des patients, au moyen d'études de désescalade ou d'optimisation thérapeutique.

② II. – Un décret précise les modalités de sélection et de financement des projets ainsi que les conditions de mise en œuvre et d'évaluation de l'expérimentation.

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, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

③ « Les professionnels de santé et les structures de soins peuvent être tenus de participer aux programmes de santé mentionnés à l'article L. 1411-6 lorsque l'accès effectif de la population aux examens en relevant est insuffisant, au regard des caractéristiques de l'offre territoriale et notamment de la nature et du volume d'activité des professionnels. Le cas échéant, les professionnels concernés peuvent être tenus de réaliser un quota minimal d'actes entrant dans le champ des programmes mentionnés au premier alinéa du présent article. Le champ des professionnels et des programmes concernés ainsi que les modalités de participation des professionnels et structures sont définis par décret en Conseil d'État.

④ « Dans les zones définies à l'article L. 1434-4, les examens de dépistage mentionnés à l'article L. 1411-6 peuvent faire l'objet d'une coopération au sens de l'article L. 4011-1 ou d'une délégation de tâches entre professionnels de santé. Les conditions de réalisation et les examens concernés sont précisés par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

⑤ 2° Au premier alinéa de l'article L. 6122-7, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , notamment la réalisation des examens de dépistage relevant des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6, ».

⑥ II. – Le I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 10° ainsi rédigé :

⑦ « 10° Les sanctions applicables aux professionnels qui ne respectent pas l'obligation de participation aux programmes de santé mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique en application du troisième alinéa de l'article L. 1411-8 du même code. 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. »

Article 29 *bis (nouveau)*

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

② 1° Le deuxième alinéa de l'article L. 1211-4 est ainsi modifié :

③ *a)* Après le mot : « frais », sont insérés les mots : « de toute nature » ;

④ *b)* Les mots : « au prélèvement ou à la collecte » sont remplacés par les mots : « à la préparation et à la réalisation du prélèvement ou de la collecte ainsi que les frais de suivi et de soins en résultant » ;

⑤ 2° Après le même article L. 1211-4, il est inséré un article L. 1211-4-1 ainsi rédigé :

⑥ « *Art. L. 1211-4-1*. – Le donneur bénéficie d'une autorisation d'absence de son employeur pour se rendre aux examens et se soumettre aux interventions nécessaires au prélèvement ou à la collecte d'ovocytes, d'organes et de cellules hématopoïétiques. Lorsque le donneur est salarié, l'autorisation est accordée dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 1225-16 du code du travail. » ;

⑦ 3° L'article L. 1244-5 est abrogé ;

⑧ 4° L'article L. 1542-8 est ainsi modifié :

⑨ *a)* Au premier alinéa, la référence : « L. 1244-5 » est supprimée ;

⑩ *b)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑪ « L'article L. 1211-4-1 n'est pas applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. »

⑫ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑬ 1° À la dernière phrase du quatrième alinéa du I de l'article L. 160-13, les mots : « aux 15° et 18° » sont remplacés par les mots : « au 15° » ;

⑭ 2° Le 18° de l'article L. 160-14 est abrogé ;

⑮ 3° Après le 4° de l'article L. 162-1-14-1, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

⑯ « 5° Exposent les assurés ainsi que les personnes relevant de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles à des dépassements d'honoraires pour les prestations, les actes et les consultations résultant du don mentionnés à l'article L. 169-14 du présent code. » ;

⑰ 4° Après le chapitre IX du titre VI du livre I^er^, il est inséré un chapitre IX *bis* ainsi rédigé :

⑱ *« CHAPITRE IX* BIS

⑲ ***« Prise en charge des donneurs d'éléments et de produits du corps humain mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique***

⑳ « *Art. L. 169-14*. – I. – Ne sont pas applicables aux donneurs d'éléments et de produits du corps humain mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique :

㉑ « 1° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du présent code, pour les admissions résultant directement du don ;

㉒ « 2° L'article L. 313-1, en tant qu'il concerne les indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1, pour les prestations rendues nécessaires par le don ;

㉓ « 3° Le délai et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2, pour les interruptions de travail résultant du don ;

㉔ « 4° Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1, pour les incapacités de travail rendues nécessaires par le don ;

㉕ « 5° La participation de l'assuré mentionnée aux premier et quatrième alinéas du I de l'article L. 160-13, pour les prestations, les actes et les consultations résultant du don ;

㉖ « 6° La participation forfaitaire mentionnée au premier alinéa du II du même article L. 160-13, pour les prestations, les actes et les consultations résultant du don ;

㉗ « 7° La franchise annuelle mentionnée au premier alinéa du III dudit article L. 160-13, pour les prestations, les actes et les consultations résultant du don ;

㉘ « 8° La majoration mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 162-5-3, pour les prestations, les actes et les consultations résultant du don ;

29 « 9° Le délai et la durée minimale d'affiliation mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, le délai et la sanction mentionnés au neuvième alinéa du même article L. 732-4, le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 751-26 du même code, le délai mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 752-5 dudit code et le délai et la sanction mentionnés au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code, pour les interruptions de travail résultant d'une incapacité de travail résultant du don ;

30 « 10° Les dépassements d'honoraires afférents aux prestations, aux actes et aux consultations réalisés au bénéfice des donneurs lorsque ces actes sont directement liés au prélèvement ou à la collecte d'éléments du corps humain.

31 « II. – Les personnes mentionnées au I du présent article bénéficient du tiers payant pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

32 « III. – Les modalités d'application du présent chapitre sont précisées par décret. »

33 III. – Le code des assurances est ainsi modifié :

34 1° L'article L. 111-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

35 « Les informations sollicitées par l'assureur dans le cadre des questions et du formulaire de déclaration du risque mentionnés au 2° de l'article L. 113-2 ne peuvent porter sur la réalisation d'un don d'organes, de cellules ou de gamètes. » ;

36 2° Après le premier alinéa de l'article L. 194-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

37 « L'article L. 111-8 est applicable dans les îles Wallis et Futuna dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2027. »

38 IV. – Le II de l'article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 est complété par un 8° ainsi rédigé :

39 « 8° Au congé de maladie accordé à un donneur mentionné à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique en lien avec un prélèvement ou une collecte dont il a fait l'objet. »

⑩ V. – Après le premier alinéa de l'article L. 760-21 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2026-648 du 22 juillet 2026 relative à la sécurité sociale à Saint-Pierre-et-Miquelon, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑪ « L'article L. 169-14 est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'exception des 2°, 9° et 10° du I. »

⑫ VI. – Après l'article 21-9-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, il est inséré un article 21-9-2 ainsi rédigé :

⑬ « *Art. 21-9-2*. – L'article L. 169-14 du code de la sécurité sociale, à l'exception des 1°, 3°, 5°, 6° et 7° du I, est applicable à Mayotte, sous réserve des adaptations suivantes :

⑭ « 1° Au début du 2° du même I, les mots : "L'article L. 313-1" sont remplacés par les mots : "L'article 20-6 de la présente ordonnance" ;

⑮ « 2° Au 4° dudit I, les mots : "au premier alinéa de l'article L. 323-1" sont remplacés par les mots : "au troisième alinéa de l'article 20-7 de la présente ordonnance". »

⑯ VII. – Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'opportunité de transférer aux régimes obligatoires d'assurance maladie la gestion de la prise en charge des frais mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 1211-4 du code de la santé publique.

⑰ VIII. – Les II et IV du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard deux ans après la promulgation de la présente loi.

Article 29 *ter (nouveau)*

① Le chapitre II *bis* du titre II du livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° L'intitulé est complété par les mots : « et deuil périnatal » ;

③ 2° L’article L. 2122-6 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

④ « Dans le cadre de ce parcours, la femme est informée, avant sa sortie de l’établissement de santé, de la possibilité d’être suivie par une sage-femme pour assurer son suivi médical et bénéficier d’une orientation vers un accompagnement psychologique, qui peut également être proposée, le cas échéant, à son partenaire. Ce suivi est assuré dans les conditions de prise en charge de droit commun. Un décret précise les modalités d’application du présent alinéa.

⑤ « Ce parcours est également proposé aux femmes et, le cas échéant, à leur partenaire, confrontés à un deuil périnatal à la suite d’une interruption médicale de grossesse ou d’une mort fœtale *in utero*. »

Article 29 *quater (nouveau)*

① I. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter du 1er juillet 2027, l’État peut autoriser la mise en place d’un programme de surveillance et de détection précoce du cancer de la prostate en Martinique et en Guadeloupe. L’expérimentation est mise en œuvre par les agences régionales de santé territorialement compétentes.

② Dans le cadre de cette expérimentation, les assurés bénéficient, pour leurs frais d’analyse du dosage de l’antigène prostatique spécifique, d’une prise en charge intégrale par l’assurance maladie et d’une dispense d’avance de frais.

③ II. – Un décret précise les modalités d’application du présent article, notamment le public concerné, le cahier des charges de l’expérimentation, les modalités de suivi populationnel, les conditions de participation des professionnels de santé et des structures, les conditions de prise en charge pour les assurés, les conditions de financement ainsi que les modalités de suivi et d’évaluation de l’expérimentation.

④ III. – Les résultats des dosages réalisés dans le cadre de l’expérimentation sont transmis à l’Institut national du cancer aux seules fins de son évaluation, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés.

⑤ IV. – Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation portant notamment sur ses effets sur le stade de découverte de la maladie, les inégalités d'accès à la détection précoce et au diagnostic et sur les dépenses de l'assurance maladie consacrées au cancer de la prostate.

Article 29 *quinquies (nouveau)*

① I. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser la mise en œuvre d'un programme pilote de dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique à faible dose, destiné aux personnes présentant un risque spécifique de développer ce cancer, notamment en raison de leur consommation de tabac. Cette expérimentation a pour objectif d'évaluer les conditions médicales, organisationnelles et médico-économiques nécessaires à la mise en place d'un programme national de dépistage organisé du cancer du poumon. Elle est mise en œuvre dans les territoires désignés par les agences régionales de santé, dans le respect d'un cahier des charges national. Dans le cadre de cette expérimentation, les assurés bénéficient, pour leurs frais d'examens, d'une suppression de la participation mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale et d'une dispense d'avance de frais.

② II. – Un décret précise les modalités d'application du présent article, notamment le cahier des charges, les critères d'éligibilité des personnes concernées, les conditions de sélection, de participation des structures et de prise en charge pour les assurés, les modalités d'organisation ainsi que les conditions de son évaluation.

③ III. – Un rapport d'évaluation du dispositif est transmis au Gouvernement avant la fin de l'expérimentation.

④ IV. – Le présent article entre en vigueur au plus tard le 31 décembre 2027.

Article 29 *sexies (nouveau)*

① Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'état d'application de l'article 78 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, relatif à l'accès des patients aux médicaments à base de cannabis.

② Ce rapport précise :

③ 1° La liste des textes réglementaires restant à publier pour permettre la généralisation effective de l'accès à ces médicaments ainsi que le calendrier prévisionnel de leur publication ;

④ 2° Les conséquences des délais de publication pour les patients concernés, en particulier ceux se trouvant en situation d'impasse thérapeutique, ainsi que pour la structuration de la filière ;

⑤ 3° Le calendrier de reprise et d'achèvement des travaux d'évaluation de la Haute Autorité de santé, dont la poursuite est conditionnée à la publication du décret définissant les modalités d'évaluation de ces médicaments par la commission de la transparence.

CHAPITRE III

Renforcer la pertinence et l'efficience du système de santé

Article 30

① I. – Après le 1° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, sont insérés des 1° *bis* A et 1° *bis* B ainsi rédigés :

② « 1° *bis* A 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 et présentant un niveau de service médical rendu inférieur à un seuil déterminé. Les modalités de cette évaluation sont déterminées par décret en Conseil d'État. Lorsque cette évaluation conclut à l'absence de pertinence du maintien de la prise en charge par l'assurance maladie d'un médicament ou d'une classe de médicaments, les ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale rendent publiques, dans un délai de six mois, les suites qu'ils entendent y donner ;

③ « 1° *bis* B Procéder, chaque année, à la réévaluation de médicaments ou de classes de médicaments, à son initiative ou à la demande des ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale. L'industriel fournit à la Haute Autorité de santé les données qu'elle juge nécessaires à la réévaluation, dans un délai défini par décret en Conseil d'État. À l'issue de cette réévaluation, et dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, 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, les ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale peuvent prononcer une pénalité, dont le montant ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'exploitant au titre du dernier exercice clos pour la ou les spécialités considérées.

④ « L'évaluation mentionnée au 1° *bis* A et la réévaluation mentionnée au présent 1° *bis* B sont conduites au regard de l'évolution des données acquises de la science, de la place des médicaments ou classes de médicaments évalués ou réévalués dans la stratégie thérapeutique, de l'existence d'alternatives thérapeutiques présentant, pour les patients concernés, une efficacité, une tolérance et des conditions d'accès au moins équivalentes, notamment les alternatives nouvellement inscrites au remboursement, ou de tout autre élément pertinent ; ».

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 au même article L. 5132-6 pour les médicaments ou classes de médicaments qui renferment des substances classées à des doses ou à des 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, 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. Le conditionnement extérieur et la notice du médicament faisant l'objet de cette décision peuvent comporter une mention informative identifiant le ou les lieux où ont été réalisées la majorité des étapes de fabrication du médicament ou de sa substance active. Les conditions de présentation et de justification de cette mention sont déterminées par décision du directeur général de l'agence, de manière à garantir son exactitude, son objectivité, sa vérifiabilité, l'identification non équivoque des étapes de fabrication concernées et l'absence de tout caractère comparatif ou promotionnel. Lorsqu'elle respecte ces conditions, cette mention n'est pas regardée comme une publicité, au sens de l'article L. 5122-1. »

Article 30 *bis (nouveau)*

① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Le premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4 est complété par une phrase ainsi rédigée : « La fixation de ce prix tient également compte des dépenses réelles de recherche et développement engagées pour le médicament concerné ainsi que des financements publics ayant contribué à sa recherche et à son développement. » ;

③ 2° Après le premier alinéa de l'article L. 162-17-4-3, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

④ « En cas d'absence de transmission, de transmission incomplète ou de transmission manifestement inexacte des informations mentionnées au premier alinéa du présent article, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise à même de présenter ses observations, une pénalité financière à son encontre. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du ou des médicaments concernés au cours des douze mois précédant la constatation du manquement. Il est déterminé en fonction de la gravité et de la durée du manquement, de son éventuelle réitération ainsi que du montant des investissements publics non déclarés.

⑤ « 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. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. »

Article 30 *ter (nouveau)*

Aux première et troisième phrases du troisième alinéa du I de l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale, après le mot : « tarif », sont insérés les mots : « ou sa revalorisation ».

Article 30 *quater (nouveau)*

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

② 1° L'article L. 165-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

③ « Pour les assurés âgés de seize ans ou plus, le renouvellement d'un équipement d'optique médicale comprenant une monture et deux verres ne peut être pris en charge qu'après l'expiration d'un délai de trois ans suivant la délivrance de l'équipement précédemment remboursé. Les possibilités de renouvellement anticipé prévues par la liste mentionnée au même premier alinéa, notamment en cas d'évolution de la correction visuelle ou de situation particulière, demeurent applicables. » ;

④ 2° L’article L. 871-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑤ « Les règles relatives aux garanties des contrats mentionnés au premier alinéa du présent article prévoient, pour le renouvellement des équipements d’optique médicale comprenant une monture et deux verres, une périodicité de prise en charge identique à celle prévue au dernier alinéa de l’article L. 165-1, y compris les possibilités de renouvellement anticipé. »

⑥ II. – Le délai de trois ans prévu au 1° du I s’applique aux équipements délivrés à compter du 1er janvier 2027, pour déterminer la date de leur prochain renouvellement pris en charge. Le 2° du même I s’applique aux contrats souscrits ou renouvelés à compter de cette même date.

Article 30 *quinquies (nouveau)*

① I. – L’article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Lorsque deux prescriptions consécutives d’équipement d’optique médicale ont été établies au cours d’un acte de télémédecine au sens de l’article L. 6316-1 du code de la santé publique, sans consultation intermédiaire d’un médecin ophtalmologiste en présence du patient, l’équipement délivré sur le fondement de la seconde prescription n’est pas pris en charge par l’assurance maladie. La prescription établie au cours d’un acte de télémédecine en porte la mention. Un décret précise les cas dans lesquels il peut être dérogé au présent alinéa lorsque le patient justifie être dans l’impossibilité de consulter un médecin ophtalmologiste en sa présence ainsi que les modalités d’information de l’assuré. »

③ II. – Le I s’applique aux équipements délivrés sur le fondement de prescriptions établies à compter du 1er janvier 2028.

Article 30 *sexies (nouveau)*

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

② 1° Le IV *bis* de l’article L. 165-11 est ainsi rétabli :

③ « IV *bis*. – Par dérogation aux I et III, les produits relevant d’une nouvelle catégorie homogène définie dans les conditions prévues au II peuvent faire l’objet d’une prise en charge conditionnelle et temporaire, sans avis préalable de la commission mentionnée à l’article L. 165-1.

④ « L’arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale définissant cette catégorie fixe la durée de cette prise en charge dérogatoire, dans la limite de trois ans, les conditions particulières de prescription et d’utilisation des produits ainsi que les données relatives à leur utilisation qui doivent faire l’objet d’un recueil et d’une transmission, dans les conditions prévues à l’article L. 165-12-1.

⑤ « Les produits qui entrent dans ces catégories homogènes définies peuvent être achetés, fournis, pris en charge et utilisés par les établissements de santé, sous réserve du respect des conditions définies par l’arrêté.

⑥ « Au terme de la période de prise en charge dérogatoire, les ministres décident, après avis de la commission mentionnée à l’article L. 165-1, du maintien, de la modification ou de la radiation de la catégorie ainsi que des conditions de prise en charge des produits qui en relèvent. À défaut de décision, leur prise en charge au titre du présent IV *bis* prend fin, dans des conditions permettant de maintenir une offre de soins adaptée. » ;

⑦ 2° Après l’article L. 165-12, il est inséré un article L. 165-12-1 ainsi rédigé :

⑧ « *Art. L. 165-12-1*. – I. – Les établissements de santé mentionnés à l’article L. 162-22 qui achètent, fournissent, prennent en charge ou utilisent des produits de santé inscrits sur la liste prévue au I de l’article L. 165-11 ou pris en charge au titre du IV *bis* du même article L. 165-11 assurent le recueil et la transmission des informations relatives à leur utilisation, définies par l’arrêté mentionné au deuxième alinéa du même IV *bis* ou par l’arrêté mentionné à l’article L. 162-17-1-2.

⑨ « II. – Le manquement aux obligations définies au présent article, notamment l’absence de transmission des informations requises, leur transmission incomplète ou tardive ou la transmission d’informations inexactes, peut donner lieu à une mise en demeure et, le cas échéant, à une sanction financière prononcée par le directeur général de l’agence régionale de santé territorialement compétente, dans les conditions prévues à l’article L. 1435-7-1 du code de la santé publique. »

⑩ II. – L’avant-dernier alinéa de l’article L. 1435-7-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

⑪ 1° Les mots : « la sanction financière mentionnée » sont remplacés par les mots : « les sanctions financières mentionnées » ;

⑫ 2° Les mots : « est versée » sont remplacés par les mots : « du présent code et au II de l'article L. 165-12-1 du code de la sécurité sociale sont versées ».

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 du même article L. 162-14-1 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 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 mentionnée au I du même article L. 162-1-7, sans recueillir l'avis de la commission mentionnée au V dudit article L. 162-1-7 sur le rapport relatif à la description et à la hiérarchisation des actes établi par le Haut Conseil des nomenclatures.

Article 31 *bis (nouveau)*

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

② 1° Le *b* de l'article L. 162-22-11-1 est ainsi rédigé :

③ « *b)* Des forfaits journaliers mentionnés aux articles L. 174-4 et L. 174-4-1. » ;

④ 2° À la fin du *d* du 1° du II de l'article L. 162-31-1, les mots : « l'article L. 174-4 relatif au forfait journalier hospitalier » sont remplacés par les mots : « les articles L. 174-4 et L. 174-4-1 relatifs aux forfaits journaliers » ;

⑤ 3° Au début du 1° de l'article L. 169-2, les mots : « Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 » sont remplacés par les mots : « Les forfaits journaliers mentionnés aux articles L. 174-4 et L. 174-4-1 » ;

⑥ 4° Le 2° de l'article L. 16-10-1 est ainsi rédigé :

⑦ « 2° Les forfaits journaliers mentionnés aux articles L. 174-4 et L. 174-4-1 ; »

⑧ 5° Le chapitre IV du titre VII du livre I^{er} est ainsi modifié :

⑨ *a)* La section 1 est ainsi modifiée :

⑩ – à la fin de l'intitulé, les mots : « forfait journalier » sont remplacés par les mots : « forfaits journaliers » ;

⑪ – il est ajouté un article L. 174-4-1 ainsi rédigé :

⑫ « *Art. L. 174-4-1*. – Un forfait journalier est supporté par les personnes admises sans nuitée dans des établissements hospitaliers. Ce forfait n'est pas pris en charge par les régimes obligatoires de protection sociale, sauf dans les cas mentionnés au premier alinéa de l'article L. 174-4.

⑬ « Le forfait journalier ambulatoire peut être modulé ou supprimé dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État, en fonction de l'un ou de plusieurs des critères suivants : la catégorie de l'établissement, la nature du service et des soins dispensés. Il peut également être modulé ou supprimé, dans les mêmes conditions, pour les assurés mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 160-14. Ses différents montants sont fixés par arrêté.

⑭ « Le forfait journalier ambulatoire s'ajoute à la participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 160-13. Il ne peut être facturé au titre d'un même séjour lorsque le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 est dû.

⑮ « Le forfait peut être pris en charge par le régime local d'assurance maladie dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, dans des conditions déterminées par décret. » ;

⑯ *b)* À l'article L. 174-15-3, les mots : « de l'article L. 174-4 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 174-4 et L. 174-4-1 » ;

⑰ 6° À la fin de la deuxième phrase du I de l'article L. 325-1, les mots : « du forfait journalier institué à l'article L. 174-4 » sont remplacés par les mots : « des forfaits journaliers institués aux articles L. 174-4 et L. 174-4-1 » ;

⑱ 7° À la fin du premier alinéa de l'article L. 382-35, les mots : « du forfait journalier prévu par l'article L. 174-4 » sont remplacés par les mots : « des forfaits journaliers prévus aux articles L. 174-4 et L. 174-4-1 » ;

⑲ 8° Le 2° de l'article L. 861-3 est ainsi rédigé :

⑳ « 2° Des forfaits journaliers prévus aux articles L. 174-4 et L. 174-4-1 ; »

㉑ 9° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 871-1, les mots : « du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 » sont remplacés par les mots : « des forfaits journaliers prévus aux articles L. 174-4 et L. 174-4-1 » ;

㉒ 10° Le 2° du II de l'article L. 911-7 est ainsi rédigé :

㉓ « 2° Les forfaits journaliers prévus aux articles L. 174-4 et L. 174-4-1 ; ».

㉔ II. – Au début du 4° de l'article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « Le forfait journalier institué par l'article L. 174-4 » sont remplacés par les mots : « Les forfaits journaliers institués par les articles L. 174-4 et L. 174-4-1 ».

㉕ III. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

㉖ 1° Au III de l'article L. 3112-2, les mots : « au forfait mentionné à l'article L. 174-4 » sont remplacés par les mots : « aux forfaits journaliers prévus aux articles L. 174-4 et L. 174-4-1 » ;

㉗ 2° Au premier alinéa du IV de l'article L. 3121-2, les mots : « au forfait mentionné à l'article L. 174-4 » sont remplacés par les mots : « aux forfaits journaliers mentionnés aux articles L. 174-4 et L. 174-4-1 » ;

㉘ 3° Au second alinéa de l'article L. 3411-4, les mots : « au forfait mentionné à l'article L. 174-4 » sont remplacés par les mots : « aux forfaits mentionnés aux articles L. 174-4 et L. 174-4-1 ».

㉙ IV. – À la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « du forfait prévu à l'article L. 174-4 » sont remplacés par les mots : « des forfaits journaliers prévus aux articles L. 174-4 et L. 174-4-1 ».

㉚ V. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er janvier 2028.

Article 31 *ter (nouveau)*

À la dernière phrase du dernier alinéa du I de l'article L. 2141-12 du code de la santé publique, après le mot : « département », sont insérés les mots : « ou si l'offre dans le département est insuffisante à couvrir la demande, ».

Article 32

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

② 1° L'article L. 161-33 est ainsi modifié :

③ *a)* La première phrase du troisième alinéa est ainsi modifiée :

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

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

⑥ – sont ajoutés les mots : « , dans les conditions définies à l'article L. 133-4 » ;

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

⑧ « Lorsque le professionnel de santé, l'organisme ou l'établissement dispensant des actes ou des 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 du présent article dans les délais et les conditions de transmission mentionnés au même premier 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 définies à l'article L. 133-4. Pour son recouvrement, cette restitution est assimilée à une cotisation de sécurité sociale. » ;

⑨ 2° L’article L. 161-34 est ainsi modifié :

⑩ *a)* La première phrase est ainsi modifiée :

⑪ – les mots : « les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et » sont supprimés ;

⑫ – à la fin, 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 » ;

⑬ *b)* À la seconde phrase, les mots : « ces modalités et » sont supprimés ;

⑭ 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 les 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 et les psychologues mentionnés respectivement aux articles L. 322-5 et L. 162-58 du présent code » ;

⑮ 4° Après l’article L. 161-35-1, il est inséré un article L. 161-35-2 ainsi rédigé :

⑯ « *Art. L. 161-35-2*. – Les logiciels des professionnels, structures et sociétés mentionnés au I de l’article L. 161-35, assurant la facturation de produits et de 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 du ministre chargé de la sécurité sociale. Cet arrêté détermine également le délai de mise en conformité opposable aux éditeurs de logiciels dans le cadre de cet agrément.

⑰ « Les éditeurs de logiciels font évoluer, dans les délais impartis, les logiciels proposés aux professionnels, structures et sociétés mentionnés au même I, de manière à garantir leur conformité au cahier des charges.

⑱ « Pour les logiciels proposant également des fonctionnalités de production de documents de santé, l'agrément est subordonné à la présence des fonctionnalités permettant, par défaut, l'alimentation par le professionnel du dossier médical partagé du patient en application de l'article L. 1111-15 du code de la santé publique.

⑲ « En cas de retard de la mise à jour d'un logiciel agréé ou de non-respect des éléments requis pour l'agrément, hors les cas d'impossibilité technique, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, dans des conditions déterminées 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 obligations définies aux deuxième et troisième alinéas du présent article, 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 :

⑳ « 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 ;

㉑ « 2° À 1 000 euros pour les personnes physiques et à 10 000 euros pour les personnes morales. » ;

㉒ 5° La première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 161-36-3 est ainsi modifiée :

㉓ *a)* Le mot : « et » est remplacé par le signe : « , » ;

㉔ *b)* Sont ajoutés les mots : « et s'il respecte les délais et les conditions de transmission mentionnés au premier alinéa de l'article L. 161-33 » ;

㉕ 6° Après le même article L. 161-36-3, il est inséré un article L. 161-36-3-1 ainsi rédigé :

㉖ « *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 :

㉗ « 1° À compter de la date de réalisation des actes effectués ou des prestations servies ;

㉘ « 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.

㉙ « Ces délais peuvent être prolongés, dans la limite d'un an supplémentaire, dans des conditions déterminées par décret, lorsqu'un professionnel mentionné au premier alinéa du présent article fait face à un événement l'empêchant d'accomplir de manière durable les obligations de transmission des informations définies aux articles L. 161-33 et L. 161-35. »

㉚ II. – Les 1° à 3° et le 5° du I du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret, entre le 1er janvier 2028 et le 1er janvier 2029.

Article 32 *bis (nouveau)*

① L'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Les directeurs des organismes mentionnés au premier alinéa établissent chaque année un état détaillé des contrôles du respect des conditions de résidence effectués en application du même premier alinéa. Cet état précise le nombre de contrôles réalisés, leurs modalités, leurs résultats, le nombre de droits refusés, suspendus ou supprimés et le montant des prestations indûment versées et recouvrées. Il est transmis à l'organisme national dont relève chaque organisme, qui en adresse une synthèse au Parlement avant le 1er juin de chaque année. »

Article 32 *ter (nouveau)*

① I. – L'article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

② « Les organismes d'assurance maladie sont également habilités, dans le cadre du tiers payant, à verser au professionnel ou à l'établissement de santé la part des dépenses prise en charge par un régime obligatoire de sécurité sociale en vigueur en Nouvelle-Calédonie ou dans une collectivité régie par l'article 74 de la Constitution non mentionnée à l'article L. 751-1 du présent code pour les personnes affiliées à ce régime qui bénéficient de soins en France hexagonale ou dans une collectivité mentionnée au même article L. 751-1, dans les conditions définies par des conventions conclues avec les organismes ou les autorités gestionnaires concernés.

③ « Ces conventions déterminent notamment les modalités d'identification de ces assurés dans les systèmes d'information de l'assurance maladie, les échanges de données nécessaires à la mise en œuvre du tiers payant ainsi que les conditions dans lesquelles les sommes versées pour leur compte aux professionnels et aux établissements de santé sont remboursées aux organismes d'assurance maladie. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les conditions de mise en œuvre des traitements de données à caractère personnel nécessaires à l'application du présent article. »

④ II. – Les organismes d'assurance maladie mentionnés dans le code de la sécurité sociale mettent à jour, avant le 1er juillet 2027, avec les organismes ou les autorités gestionnaires des régimes mentionnés à l'article L. 161-36-2 du même code, dans sa rédaction résultant du I du présent article, les conventions et les protocoles pris en application des accords de coordination en vigueur, afin d'y faire figurer les stipulations prévues à l'article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale.

⑤ III. – Pendant une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, les organismes d'assurance maladie mentionnés dans le code de la sécurité sociale bénéficient d'une exonération des cotisations et des contributions de sécurité sociale à la charge de l'employeur dues au titre des rémunérations versées aux personnels affectés à la mise à jour des conventions et des protocoles mentionnés au II du présent article et des systèmes d'information qu'elles supposent.

⑥ IV. – Le I entre en vigueur le 1er juillet 2027.

Article 33

① I. – La quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

② 1° L'article L. 4021-1 est ainsi modifié :

③ *a)* La deuxième phrase est complétée par les mots : « qui ne relèvent pas d'un ordre professionnel » ;

④ *b)* Au début de la troisième phrase, les mots : « Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son » sont remplacés par les mots : « Ceux-ci doivent justifier, sur une période de six ans, de leur » ;

⑤ 2° L’article L. 4021-3 est ainsi modifié :

⑥ *a)* Après le mot : « continu », la fin de la première phrase du premier alinéa est supprimée ;

⑦ *b)* Au deuxième alinéa, les mots : « de leur obligation de » sont remplacés par le mot : « du » ;

⑧ 3° À la seconde phrase de 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 ;

⑨ 4° L’article L. 4021-6 est ainsi modifié :

⑩ *a)* Le premier alinéa est ainsi modifié :

⑪ – au début de la première phrase, les mots : « L’Agence nationale du développement professionnel continu » sont remplacés par les mots : « La Haute Autorité de santé » ;

⑫ – à la même première phrase, les mots : « et contribue à la gestion financière » sont remplacés par le mot : « scientifique » ;

⑬ – les trois dernières phrases sont remplacées par deux phrases ainsi rédigées : « 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 dans les conditions prévues à l’article L. 4023-2, le conventionnement des organismes de formation et elle concourt à leur évaluation et à leur contrôle. Elle peut se faire communiquer toute pièce nécessaire à l’exercice de ses missions sans que le secret professionnel puisse lui être opposé, sous réserve des dispositions législatives protégeant les secrets dont la révélation est interdite par la loi. » ;

⑭ *b)* Les deux derniers alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

⑮ « 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, celle-ci 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 dans les conditions prévues à l'article L. 4023-2, le conventionnement des organismes de formation. La Caisse des dépôts et consignations peut se faire communiquer toute pièce nécessaire à l'exercice de ses missions. Les actions de formation portant sur la réalisation d'actes, de procédés, de techniques ou de méthodes à visée esthétique dépourvus de finalité thérapeutique ne peuvent faire l'objet d'aucun financement au titre du développement professionnel continu.

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 « Un décret en Conseil d'État détermine 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. » ;

⑱ 5° Après le même article L. 4021-6, sont insérés des articles L. 4021-6-1 à L. 4021-6-3 ainsi rédigés :

⑲ « *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.

⑳ « 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.

㉑ « Elle transmet annuellement à l'État et à la Caisse nationale de l'assurance maladie un rapport rendant compte de l'exécution de ces missions.

㉒ « L'État peut demander à la Caisse des dépôts et consignations toute information nécessaire à l'exercice de son contrôle.

㉓ « *Art. L. 4021-6-2 (nouveau).* – I. – Pour l'accomplissement de la mission de contrôle du conventionnement des organismes de formation mentionnée à l'article L. 4221-6-1, la Caisse des dépôts et consignations peut procéder à des contrôles sur pièces et sur place.

㉔ « Les agents de la Caisse des dépôts et consignations peuvent faire usage d'une identité d'emprunt, y compris dans le cas d'organismes de formation proposant des actions de formation réalisées en tout ou partie à distance, ou auxquelles l'inscription peut se faire en ligne.

㉕ « Les agents participant aux contrôles sont tenus au secret professionnel, dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

㉖ « Pour l'exercice de ces contrôles, la Caisse des dépôts et consignations peut procéder à des vérifications par échantillonnage et, lorsqu'elles sont représentatives, extrapoler les résultats constatés à l'ensemble des opérations de même nature.

㉗ « II. – La Caisse des dépôts et consignations peut demander aux organismes mentionnés au I du présent article la communication de tout document, quel qu'en soit le support, sans que puisse être opposé le secret professionnel.

㉘ « *Art. L. 4021-6-3 (nouveau).* – Pour le remboursement des sommes indûment versées par la Caisse des dépôts et consignations, le directeur général de cette dernière peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition devant la juridiction compétente de l'organisme dont le conventionnement est mentionné à l'article L. 4221-6-1, comporte tous les effets d'un jugement.

㉙ « Lorsque la contrainte résulte de la constatation d'une manœuvre frauduleuse, elle est immédiatement exécutoire. L'organisme qui a formé opposition à cette contrainte devant la juridiction compétente peut demander d'en arrêter l'exécution provisoire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, lorsqu'il existe un moyen sérieux d'invalidation et que l'exécution risque d'entraîner des conséquences manifestement excessives. » ;

30 6° L’article L. 4021-7 est ainsi modifié :

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

32 *b)* Le 3° *bis* est ainsi rédigé :

33 « 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 ; »

34 7° Au premier alinéa de l’article L. 4021-8, les mots : « l’organisme gestionnaire du développement professionnel continu, puis de l’Agence nationale du développement professionnel continu » sont remplacés par les mots : « l’Agence nationale du développement professionnel continu puis de la Caisse des dépôts et consignations » ;

35 7° *bis (nouveau)* Le premier alinéa du III de l’article L. 4022-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les chirurgiens-dentistes suivent, au cours de cette période, au moins une action de formation à l’accueil et à la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. » ;

36 8° La section 2 du chapitre II du titre II du livre préliminaire est abrogée ;

37 9° Au I de l’article L. 4022-8, les mots : « et après avis du conseil national de la certification périodique » sont supprimés ;

38 10° Le titre II du livre préliminaire est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

39 *« CHAPITRE III*

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

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

42 « 1° D’élaborer les méthodes mentionnées à l’article L. 4021-3 nécessaires à la mise en œuvre du développement professionnel continu ;

« 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 ;

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

« 4° D'élaborer le référentiel de conventionnement des organismes proposant des actions de développement professionnel continu, dans les conditions prévues à l'article L. 4023-2 ;

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

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

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

« 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.

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

« *Art. L. 4023-2 (nouveau).* – Tout organisme souhaitant proposer des actions de développement professionnel continu est soumis à une procédure de conventionnement préalable, conformément au référentiel élaboré par la commission spécialisée mentionnée à l'article L. 4023-1 et dans les conditions prévues à l'article L. 4021-6.

« Ce conventionnement atteste de la capacité de l'organisme à garantir la qualité scientifique et pédagogique des actions proposées, leur conformité aux recommandations de bonnes pratiques, l'indépendance de leurs contenus et de leurs intervenants ainsi que la transparence de leurs financements et de leurs liens d'intérêts.

« Le conventionnement peut faire l'objet d'un suivi et de contrôles périodiques ou aléatoires par la Haute Autorité de santé et la Caisse des dépôts et consignations, chacune dans le cadre de ses missions. Il peut être suspendu ou résilié en cas de manquement aux obligations applicables.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions de conclusion et de renouvellement du conventionnement, les critères d'appréciation pris en compte ainsi que les modalités de son contrôle, de sa suspension et de sa résiliation. » ;

11° À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 4135-1, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

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

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

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

2° Le troisième alinéa de l'article L. 161-41 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, après la référence : « L. 5123-3 », sont insérés les mots : « et L. 4023-1 » ;

b) (nouveau) La dernière phrase est ainsi rédigée : « Les attributions de ces commissions peuvent être exercées par le collège. » ;

2° *bis (nouveau)* L'article L. 161-42 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « huit » est remplacé par le mot : « neuf » ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Deux membres désignés par le Président de la République, dont le président du collège, président de la Haute Autorité de santé ; »

c) Le septième alinéa est ainsi rédigé :

« Parmi les neuf membres du collège sont désignés au moins quatre femmes et quatre hommes. Les six membres désignés au titre des 1° et 2° sont trois hommes et trois femmes. » ;

⑱ 3° La seconde phrase du 2° de l’article L. 161-45 est ainsi modifiée :

⑲ *a)* Les mots : « deux parts, l’une » sont remplacés par les mots : « trois parts, la première » ;

⑳ *b)* 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 ».

㉑ 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 les 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 leur sont respectivement confiées par le présent article. Ce transfert est réalisé à titre gratuit et ne donne lieu ni au versement de la contribution prévue à l’article 879 du code général des impôts, ni à la perception d’impôts, de droits ou de taxes de quelque nature que ce soit.

㉒ IV. – Le personnel de l’Agence nationale du développement professionnel continu est transféré de plein droit 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 clauses 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, de plein droit.

㉓ 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.

⑭ 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 détermine les modalités d'application du présent VI.

⑮ VII. – Les I à VI du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2027.

⑯ VIII. – Au second alinéa de l'article 3 de l'ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021, les mots : « 2023 dispose d'un délai de neuf ans » sont remplacés par les mots : « 2026 disposent d'un délai courant jusqu'au 1er janvier 2032 » et, à la fin, les mots : « qui commence à compter de cette date » sont supprimés.

Article 33 *bis (nouveau)*

① I. – L'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Après le 19°, il est inséré un 20° ainsi rédigé :

③ « 20° Les travailleurs mentionnés à l'article L. 7343-1 du même code, dans des conditions déterminées par décret. » ;

④ 2° À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « et 19° » sont remplacés par les mots : « , 19° et 20° ».

⑤ II. – Au second alinéa de l'article L. 7342-2 du code du travail, après le mot : « applicable », sont insérés les mots : « aux travailleurs mentionnés à l'article L. 7343-1 du présent code, ni ».

⑥ III. – Le présent article entre en vigueur à une date déterminée par décret, et au plus tard le 1er janvier 2028.

CHAPITRE IV

Pérenniser le système de retraites et le rendre plus équitable

Articles 34 et 35

(Supprimés)

Article 35 *bis (nouveau)*

Le premier alinéa de l'article L. 732-54-3 du code rural et de la pêche maritime est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, dans des conditions définies par décret, pour les pensions prenant effet à compter du 1er janvier 2026, les pensions de réversion sont exclues de ce calcul. »

Article 35 *ter (nouveau)*

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

② 1° L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :

③ *a)* À la fin du premier alinéa, l'année : « 1969 » est remplacée par l'année : « 1968 » ;

④ *b)* À la fin du 3°, la date : « 31 mars 1965 » est remplacée par la date : « 30 juin 1964 » ;

⑤ *c)* À la fin du 4°, les mots : « 1er avril et le 31 décembre 1965 » sont remplacés par les mots : « 1er juillet et le 31 décembre 1964 » ;

⑥ *d)* À la fin du 5°, l'année : « 1966 » est remplacée par l'année : « 1965 » ;

⑦ *e)* À la fin du 6°, l'année : « 1967 » est remplacée par l'année : « 1966 » ;

⑧ *f)* À la fin du 7°, l'année : « 1968 » est remplacée par l'année : « 1967 » ;

⑨ 2° L'article L. 161-17-3 est ainsi modifié :

⑩ *a)* À la fin du 4°, la date : « 31 mars 1965 » est remplacée par la date : « 30 juin 1964 » ;

⑪ *b)* À la fin du 5°, les mots : « 1er avril 1965 et le 31 décembre 1965 » sont remplacés par les mots : « 1er juillet 1964 et le 31 décembre 1964 » ;

⑫ *c)* À la fin du 6°, l'année : « 1966 » est remplacée par l'année : « 1965 ».

⑬ II. – Le XXIV de l'article 10 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi modifié :

⑭ 1° Le B est ainsi modifié :

⑮ *a)* Le 1° est ainsi modifié :

⑯ – au *c*, la date : « 31 mars 1970 » est remplacée par la date : « 30 juin 1969 » ;

⑰ – au *d*, les mots : « 1er avril et le 31 décembre 1970 » sont remplacés par les mots : « 1er juillet et le 31 décembre 1969 » ;

⑱ – au *e*, l'année : « 1971 » est remplacée par l'année : « 1970 » ;

⑲ *b)* Le 2° est ainsi modifié :

⑳ – au *c*, la date : « 31 mars 1975 » est remplacée par la date : « 30 juin 1974 » ;

㉑ – au *d*, les mots : « 1er avril et le 31 décembre 1975 » sont remplacés par les mots : « 1er juillet et le 31 décembre 1974 » ;

㉒ – au *e*, l'année : « 1976 » est remplacée par l'année : « 1975 » ;

㉓ 2° À la dernière phrase du 2° du C, l'année : « 2028 » est remplacée par l'année : « 2027 » ;

㉔ 3° Le F est ainsi modifié :

㉕ *a)* Le 1° est ainsi modifié :

㉖ – à la fin du *d*, la date : « 31 mars 1970 » est remplacée par la date : « 30 juin 1969 » ;

㉗ – à la fin du *e*, les mots : « 1er avril et le 31 décembre 1970 » sont remplacés par les mots : « 1er juillet et le 31 décembre 1969 » ;

㉘ – à la fin du *f*, l'année : « 1971 » est remplacée par l'année : « 1970 » ;

– à la fin du *g*, l'année : « 1972 » est remplacée par l'année : « 1971 » ;

– à la fin du *h*, l'année : « 1973 » est remplacée par l'année : « 1972 » ;

– à la fin du *i*, l'année : « 1974 » est remplacée par l'année : « 1973 » ;

b) Le 2° est ainsi modifié :

– à la fin du *d*, la date : « 31 mars 1975 » est remplacée par la date : « 30 juin 1974 » ;

– à la fin du *e*, les mots : « 1er avril et le 31 décembre 1975 » sont remplacés par les mots : « 1er juillet et le 31 décembre 1974 » ;

– à la fin du *f*, l'année : « 1976 » est remplacée par l'année : « 1975 » ;

– à la fin du *g*, l'année : « 1977 » est remplacée par l'année : « 1976 » ;

– à la fin du *h*, l'année : « 1978 » est remplacée par l'année : « 1977 » ;

– à la fin du *i*, l'année : « 1979 » est remplacée par l'année : « 1978 » ;

4° Le G est ainsi modifié :

a) À la fin du 4°, la date : « 31 mars 1975 » est remplacée par la date : « 30 juin 1974 » ;

b) À la fin du 5°, les mots : « 1er avril et le 31 décembre 1975 » sont remplacés par les mots : « 1er juillet et le 31 décembre 1974 » ;

c) À la fin du 6°, l'année : « 1976 » est remplacée par l'année : « 1975 » ;

d) À la fin du 7°, l'année : « 1977 » est remplacée par l'année : « 1976 » ;

e) À la fin du 8°, l'année : « 1978 » est remplacée par l'année : « 1977 » ;

f) À la fin du 9°, l'année : « 1979 » est remplacée par l'année : « 1978 » ;

5° Le H est ainsi modifié :

a) À la fin du 4°, la date : « 31 mars 1967 » est remplacée par la date : « 30 juin 1966 » ;

⑱ *b)* À la fin du 5°, les mots : « 1er avril et le 31 décembre 1967 » sont remplacés par les mots : « 1er juillet et le 31 décembre 1966 » ;

⑲ *c)* À la fin du 6°, l'année : « 1968 » est remplacée par l'année : « 1967 » ;

⑳ *d)* À la fin du 7°, l'année : « 1969 » est remplacée par l'année : « 1968 » ;

㉑ *e)* À la fin du 8°, l'année : « 1970 » est remplacée par l'année : « 1969 » ;

㉒ *f)* À la fin du 9°, l'année : « 1971 » est remplacée par l'année : « 1970 ».

㉓ III. – Le présent article s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1er juillet 2027.

Article 35 *quater (nouveau)*

① I. – À l'article L. 153 du livre des procédures fiscales, les mots : « du code précité » sont remplacés par les mots : « dudit code, dans sa rédaction antérieure à la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2027, ».

② II. – Le chapitre V du titre Ier du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

③ 1° L'article L. 815-4 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

④ « Lorsque le bénéficiaire de l'allocation jouit d'avantages en nature procurés soit par l'occupation d'un logement dont il est propriétaire, soit par l'occupation d'un logement à titre gratuit, la somme servie au titre de l'allocation est réduite d'un montant forfaitaire. Ce montant varie en fonction de l'avantage en nature perçu et selon que le foyer est constitué d'une personne seule ou de conjoints, de concubins ou de partenaires liés par un pacte civil de solidarité. Ce même montant, qui ne peut excéder celui déterminé au 2° de l'article L. 262-3 du code de l'action sociale et des familles, est fixé par décret et revalorisé au 1er janvier de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale.

⑤ « Cette réduction n’est pas applicable aux assurés auxquels l’allocation a été attribuée avant l’entrée en vigueur de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2027 et qui optent pour l’application de la récupération sur succession dans les conditions prévues à l’article L. 815-13 dans sa rédaction antérieure à la loi n° du précitée. À défaut d’avoir exercé l’option dans un délai de six mois à compter de la notification, l’assuré est réputé y avoir renoncé.

⑥ « Un décret en Conseil d’État détermine les modalités de mise en œuvre de la réduction forfaitaire prévue au deuxième alinéa du présent article ainsi que les modalités de l’exercice du droit d’option prévu au troisième alinéa et de la communication qui en est faite auprès des bénéficiaires. » ;

⑦ 2° La section 2 est abrogée ;

⑧ 3° À l’article L. 815-17, après la référence : « L. 815-13 », sont insérés les mots : « , dans sa rédaction antérieure à la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2027 ».

⑨ III. – Le présent article s’applique à une date fixée par décret, au plus tard neuf mois après la promulgation de la présente loi, à l’allocation mentionnée à l’article L. 815-1 du code de la sécurité sociale et à l’allocation supplémentaire mentionnée à l’article L. 815-2 du même code dans sa rédaction antérieure à l’ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse.

Article 35 *quinquies (nouveau)*

① I. – À la seconde phrase du onzième alinéa de l’article L. 321-5 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « si ces personnes atteignent l’âge prévu au 1° de l’article L. 351-8 du code de la sécurité sociale avant le 1er janvier 2032 » sont remplacés par les mots : « pour les personnes qui atteignent l’âge prévu au 1° de l’article L. 351-8 du code de la sécurité sociale avant le 1er janvier 2037 ».

② II. – À la seconde phrase du second alinéa du III de l’article 24 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, les mots : « atteignant au plus tard le 31 décembre 2031 » sont remplacés par les mots : « qui atteignent avant le 1er janvier 2037 ».

Article 35 *sexies (nouveau)*

① I. – Le III de l'article 125 de la loi n° 83-1179 du 29 décembre 1983 de finances pour 1984 est ainsi modifié :

② 1° Au premier alinéa, après le mot : « secours », sont insérés les mots : « ou de médecin civil de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris, » ;

③ 2° Au deuxième alinéa, après les trois occurrences du mot : « professionnels », sont insérés les mots : « ou aux médecins civils de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris » ;

④ 3° Le troisième alinéa est ainsi modifié :

⑤ *a)* À la première phrase, après le mot : « professionnels », sont insérés les mots : « ou médecins civils de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris, » ;

⑥ *b)* À la seconde phrase, après le mot : « professionnel », sont insérés les mots : « ou de médecin civil de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris » ;

⑦ 4° Le dernier alinéa est complété par les mots : « ou des médecins civils de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris ».

⑧ II. – L'article 17 de la loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale et portant modification de certains articles du code des communes est ainsi modifié :

⑨ 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

⑩ *a)* Après le mot : « secours », sont insérés les mots : « ou de médecin civil de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris » ;

⑪ *b)* Après le mot : « professionnel », sont insérés les mots : « ou de médecin civil de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris » ;

⑫ 2° Au deuxième alinéa, après le mot : « professionnel », sont insérés les mots : « ou de médecin civil de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris ».

⑬ III. – L’ensemble des périodes de service accomplies en tant que médecins civils de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris sont prises en compte pour le bénéfice de la liquidation anticipée de la pension de retraite du régime de retraite de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales au titre de la catégorie active, de la bonification prévue au III de l’article 125 de la loi n° 83-1179 du 29 décembre 1983 de finances pour 1984 et de la majoration de pension prévue à l’article 17 de la loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale et portant modification de certains articles du code des communes.

⑭ IV. – Le présent article est applicable aux pensions de retraite prenant effet à compter du lendemain de la publication de la présente loi.

Article 35 *septies (nouveau)*

① Le II de l’article 108 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est ainsi modifié :

② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

③ *a)* Après le mot : « affiliés », sont insérés les mots : « ou ayant été affiliés » ;

④ *b)* L’année : « 2024 » est remplacée par l’année : « 2025 » ;

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

⑥ « Les assurés mentionnés au premier alinéa du présent II peuvent demander la prise en compte au titre du régime mentionné au même premier alinéa des périodes d’activité pour lesquelles ils ont bénéficié d’un abandon total de cotisations et contributions sociales accordé dans les conditions prévues au III de l’article 29 de la loi n° 2025-176 du 24 février 2025 d’urgence pour Mayotte, sous réserve du versement de cotisations. » ;

⑦ 3° Au deuxième alinéa, les mots : « du premier alinéa » sont remplacés par les mots : « des premier et deuxième alinéas » ;

⑧ 4° Au dernier alinéa, l’année : « 2028 » est remplacée par l’année : « 2030 ».

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 des articles L. 732-12-4 à 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’avis favorable du service du contrôle médical prévu à l’article L. 732-5 du présent code. Lorsque l’état de l’enfant résulte d’un accident ou nécessite une hospitalisation en urgence, attestés par un certificat médical, la demande est instruite en priorité et le service du contrôle médical se prononce dans un délai réduit, fixé par décret.

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 avis favorable 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 au terme de la période mentionnée au troisième alinéa du présent article, lorsque les conditions mentionnées au présent article sont réunies, dans les situations suivantes :

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 limite d'âge de l'enfant, le montant 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 du présent code ;

⑬ « 2° Les indemnités journalières 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. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er juillet 2027.

Article 37

① I. – L’article L. 512-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

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

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

⑤ 2° Après le même 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 européenne ou par la France, bénéficient d’un droit à l’égalité de traitement avec les ressortissants nationaux. » ;

⑦ 3° Au début du troisième alinéa, les mots : « Ces étrangers bénéficient des prestations familiales sous réserve qu’il soit » 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 » ;

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

⑨ 5° Les sixième à avant-dernier 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 la charge d'étrangers titulaires d'un document de séjour ne les autorisant pas à travailler » et, à la fin, les mots : « aux alinéas précédents » sont remplacés par les mots : « au présent article ».

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 cinquième 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 du 1er juillet 2027.

Article 37 *bis (nouveau)*

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

② 1° À la fin de la première phrase du II de l'article L. 382-21-1, la référence : « L. 331-8 » est remplacée par la référence : « L. 331-8-1 » ;

③ 2° Le premier alinéa de l'article L. 646-4 est ainsi modifié :

④ *a)* Après le mot : « enfant, », sont insérés les mots : « ou de congé supplémentaire de naissance, » ;

⑤ *b)* À la fin, les mots : « de l'article L. 623-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 623-1 et L. 623-2 » ;

⑥ 3° Le premier alinéa de l'article L. 663-1 est ainsi modifié :

⑦ *a)* Les mots : « ou d'adoption » sont remplacés par les mots : « , d'adoption ou de congé supplémentaire de naissance » ;

⑧ *b)* Les mots : « l'article L. 623-1 » sont remplacés par les mots : « les articles L. 623-1 et L. 623-2 ».

⑨ II. – À l'article L. 5553-3 du code des transports, les mots : « ou congé de paternité et d'accueil de l'enfant » sont remplacés par les mots : « , congé de paternité et d'accueil de l'enfant ou congé supplémentaire de naissance ».

⑩ III. – Le présent article est applicable pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2026 ainsi que pour les enfants nés avant cette date dont la naissance était censée intervenir à compter de cette date.

Article 37 *ter (nouveau)*

① Le III de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Pour les bénéficiaires résidant dans les territoires mentionnés à l'article L. 111-2 et à Mayotte, le barème et les plafonds mentionnés au présent III et déterminés par décret font l'objet d'une adaptation tenant compte des différences de coût des modes d'accueil et de garde dans chaque territoire. »

Article 37 *quater (nouveau)*

① I. – Après l'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 583-3-1 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 583-3-1*. – I. – Lorsqu'une même personne figure, en qualité de parent d'un enfant à charge, dans les dossiers d'un nombre d'allocataires distincts supérieur à un seuil fixé par décret, l'organisme débiteur des prestations familiales procède au contrôle des droits ouverts au titre de ces enfants, dans les conditions prévues à l'article L. 114-10, et en informe le procureur de la République lorsque les éléments recueillis laissent présumer que les liens de filiation en cause résultent de reconnaissances mentionnées à l'article 316 du code civil établies en fraude de la loi.

③ « II. – Lorsque le procureur de la République est saisi, en application de l'article 316-1 du code civil, d'une reconnaissance dont des indices sérieux laissent présumer qu'elle est frauduleuse, il en informe l'organisme débiteur des prestations familiales du lieu de résidence de l'enfant. Jusqu'à la décision du procureur ou, le cas échéant, du tribunal, les prestations dont l'attribution est subordonnée au lien de filiation en cause sont versées à titre provisoire ; les prestations attribuées au titre des autres enfants du foyer et les prestations dont le bénéfice ne dépend pas de ce lien ne sont pas affectées.

④ « III. – Les organismes débiteurs des prestations familiales et les organismes mentionnés à l'article L. 114-12-1 du présent code se communiquent les informations nécessaires à l'application du présent article. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les modalités d'application du présent article, notamment le seuil mentionné au I et les garanties relatives à la protection des données. »

⑤ II. – Le I entre en vigueur le 1er juillet 2027.

Article 37 *quinquies (nouveau)*

① I. – L'article L. 160-1-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

③ *a)* La deuxième occurrence du mot : « de » est remplacée par les mots : « du maintien ou de l'ouverture de droit à » ;

④ *b)* Sont ajoutés les mots : « forfaitaire spécifique, acquittée mensuellement » ;

⑤ 2° Au deuxième alinéa, la première occurrence des mots : « ne s'acquitte pas » est remplacée par les mots : « cesse de s'acquitter » ;

⑥ 3° Après le même deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑦ « La participation financière mentionnée au premier alinéa du présent article reste due lorsque la personne est redevable des contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7. » ;

⑧ 4° Au dernier alinéa, après le mot : « montant », sont insérés les mots : « qui ne peut excéder 15 % de la valeur mensuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3 ».

⑨ II. – Le présent article entre en vigueur à 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 perte d'autonomie

Article 38

① I *(nouveau)*. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

② A. – La section 1 du chapitre II du titre III du livre II est ainsi modifiée :

③ 1° Au second alinéa de l'article L. 232-1, après le mot : « qui », sont insérés les mots : « réside à domicile et » ;

④ 2° La sous-section 1 est supprimée ;

⑤ 3° Au début de l'article L. 232-3, les mots : « Lorsque l'allocation personnalisée d'autonomie est accordée à une personne résidant à domicile, elle » sont remplacés par les mots : « L'allocation personnalisée d'autonomie » ;

⑥ 4° La sous-section 2 est abrogée ;

⑦ B. – À la fin du premier alinéa de l'article L. 232-13, les mots : « à domicile » sont supprimés ;

⑧ C. – L'article L. 232-14 est ainsi modifié :

⑨ 1° Au début du deuxième alinéa, les mots : « À domicile, » sont supprimés ;

⑩ 2° Le troisième alinéa est supprimé ;

⑪ 3° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « aux deux alinéas précédents » sont remplacés par les mots : « au deuxième alinéa du présent article » ;

⑫ D. – Le I de l'article L. 232-21-3 est ainsi modifié :

⑬ 1° Au 1°, les mots : « à domicile et en établissement » sont supprimés ;

⑭ 2° Le 2° est abrogé ;

⑮ E. – L’article L. 313-12 est ainsi modifié :

⑯ 1° Le IV *bis* est ainsi modifié :

⑰ *a)* Après le mot : « avec », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « le directeur général de l’agence régionale de santé et, s’ils sont totalement ou majoritairement habilités à l’aide sociale, avec le président du conseil départemental. Si l’établissement n’est pas habilité à l’aide sociale ou l’est minoritairement, le président du conseil départemental peut être partie au contrat, sous réserve d’en avoir avisé le directeur général de l’agence régionale de santé l’année qui précède le début de la négociation dudit contrat. » ;

⑱ *b)* Au 1°, après le mot : « soins », sont insérés les mots : « et d’entretien de l’autonomie » ;

⑲ *c)* Le 2° est abrogé ;

⑳ *d)* Au début du 3°, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 2° » ;

㉑ 2° Le IV *ter* est ainsi modifié :

㉒ *a)* Le A est ainsi modifié :

㉓ – à la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l’agence régionale de santé concernés » sont remplacés par les mots : « le directeur général de l’agence régionale de santé et, si l’établissement est totalement ou majoritairement habilité à l’aide sociale, le président du conseil départemental concerné » ;

㉔ – après la seconde occurrence du mot : « morale », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « et la ou les autorités concernées. Sous réserve de l’accord du directeur général de l’agence et, le cas échéant, des présidents de conseils départementaux concernés, ce contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens peut inclure les établissements situés dans d’autres départements de la même région. » ;

㉕ – après le même deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

㉖ « Si un des établissements inclus dans le contrat n’est pas habilité à l’aide sociale ou l’est minoritairement, le président du conseil départemental concerné peut être partie audit contrat, sous réserve d’en avoir avisé le directeur général de l’agence régionale de santé l’année qui précède le début de la négociation. » ;

㉗ *b)* À la fin de la troisième phrase du deuxième alinéa du B, les mots : « fonctionne en accueil temporaire » sont remplacés par les mots : « propose plusieurs modalités d’accueil » ;

㉘ F. – L’article L. 314-2 est ainsi modifié :

㉙ 1° Le I est ainsi modifié :

㉚ *a)* Le 1° est ainsi rédigé :

㉛ « 1° Un forfait global relatif aux soins et à l’entretien de l’autonomie prenant en compte notamment le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des personnes mentionnées à l’article L. 314-9, validés au plus tard le 30 juin de l’année précédente. Le cas échéant, ce forfait global inclut des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d’accueil particulières ou à la mission de centre de ressources territorial mentionnée à l’article L. 313-12-3, définis dans le contrat prévu au IV *ter* de l’article L. 313-12. Ce forfait global peut tenir compte de l’activité réalisée, en tenant compte le cas échéant des différentes modalités d’accueil proposées. Il peut financer des mesures de revalorisation salariale de personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les tarifs mentionnés au 2° du présent I. Il peut financer des actions de prévention de la perte d’autonomie, notamment des actions de prévention de la dénutrition, des actions en faveur de l’activité physique adaptée, des actions visant à améliorer la qualité des soins et de l’accompagnement des personnes âgées ainsi que des actions de stimulation cognitive. Les modalités de détermination du forfait global sont fixées par décret en Conseil d’État.

㉜ « Le montant du forfait global relatif aux soins et à l’entretien de l’autonomie est arrêté annuellement par le directeur général de l’agence régionale de santé.

㉝ « Les personnes mentionnées à l’article L. 314-9 acquittent, au titre de la prise en charge de leur perte d’autonomie, une participation journalière aux dépenses d’entretien de l’autonomie, dont les modalités de détermination et de mise en œuvre sont fixées par décret en Conseil d’État.

㉞ « La participation mentionnée au troisième alinéa du présent 1° peut être prise en charge par l'aide sociale prévue à l'article L. 121-1, dans les conditions prévues au livre I[er].

㉟ « Le forfait global mentionné au premier alinéa du présent 1° est versé par l'organisme payeur de l'assurance maladie en tenant compte des participations journalières mentionnées au présent 1° ; »

㊱ *b)* Le 2° est abrogé ;

㊲ *c)* Au début du 3°, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 2° » ;

㊳ *d)* Aux première et deuxième phrases de l'avant-dernier alinéa, le mot : « résidents » est remplacé par les mots : « personnes accueillies ou accompagnées » ;

㊴ *e)* Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

㊵ « Il est garanti aux personnes bénéficiaires de l'aide sociale du département accueillies dans les établissements mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12, habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale, un montant minimal, fixé par décret, laissé à leur disposition après le paiement des prestations à leur charge mentionnées au troisième alinéa du 1° et au 2° du présent I. » ;

㊶ *f)* Au dernier alinéa, le mot : « résidents » est remplacé par les mots : « personnes accueillies ou accompagnées » ;

㊷ 2° Le II est ainsi rédigé :

㊸ « II. – Pour les établissements nouvellement créés, dans l'attente d'une validation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que de l'évaluation des besoins en soins requis par les personnes accueillies ou accompagnées mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 314-9, le forfait global relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie mentionné au 1° du I du présent article est fixé en prenant en compte le niveau de dépendance moyen national des personnes accueillies ou accompagnées et la moyenne nationale des besoins en soins requis, fixés annuellement par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cette validation intervient dans les deux années qui suivent l'ouverture de l'établissement. » ;

(44) G. – L’article L. 314-9 est ainsi modifié :

(45) 1° Les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

(46) « Pour chaque établissement mentionné aux I et II de l’article L. 313-12, l’évaluation de la perte d’autonomie des personnes qu’il accueille ou accompagne, réalisée à l’aide de la grille nationale mentionnée à l’article L. 232-2, et l’évaluation des besoins en soins requis par ces mêmes personnes, réalisée à l’aide du référentiel mentionné au III de l’article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, sont transmises, pour contrôle et validation, à un médecin ou à un infirmier désignés par le directeur général de l’agence régionale de santé territorialement compétente. » ;

(47) 2° Au troisième alinéa, le mot : « résidents » est remplacé par les mots : « personnes accueillies ou accompagnées » ;

(48) 3° À l’avant-dernier alinéa, les mots : « les personnes mentionnées au premier alinéa du présent article et en cas de désaccord entre » sont supprimés ;

(49) 4° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

(50) *a)* Le mot : « hébergeant » est remplacé par les mots : « accueillant ou accompagnant » ;

(51) *b)* Le mot : « résidents » est remplacé par le mot : « personnes » ;

(52) *c)* Après le mot : « accueille », sont insérés les mots : « ou accompagne ».

(53) II. – Le 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 est ainsi modifié :

(54) 1° L’année : « 2026 » est remplacée par l’année : « 2028 » ;

(55) 2° *(nouveau)* Les mots : « au plus vingt-trois départements volontaires » sont remplacés par les mots : « tout département volontaire ».

(56) III *(nouveau)*. – A. – Le I entre en vigueur le 1er janvier 2029.

(57) B. – Le 2° du II entre en vigueur le 1er janvier 2028.

58 C. – Chaque département reverse annuellement à l'État, à compter de l'exercice 2029, un montant correspondant au transfert de charges résultant, à son profit, de la mise en œuvre du forfait global mentionné au 1° de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

59 Si le département a participé à l'expérimentation prévue à l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, le reversement est calculé selon les modalités prévues au III du même article 79 et à l'article 132 de la loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025.

60 Dans le cas contraire, le montant du reversement est égal au produit entre :

61 1° D'une part, la moyenne des dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée au I de l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, exposées par le département au titre des personnes accueillies ou accompagnées dans un établissement mentionné aux I, II et IV *bis* de l'article L. 312-1 du même code au cours des années 2026, 2027 et 2028, et après application, le cas échéant, d'une valeur individuelle maximale fixée par décret. Pour les années 2027 et 2028, le montant des dépenses est majoré d'une estimation des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie évitées par le département en raison de l'accueil de résidents dans un établissement situé dans un département participant à l'expérimentation ;

62 2° D'autre part, le taux correspondant à la différence entre la valeur de référence de 100 et le taux de compensation mentionné au 2° de l'article L. 223-11 du code de la sécurité sociale.

63 D. – Pour les résidents bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie, accueillis dans un établissement relevant des I ou II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, à la date mentionnée au A du présent III, la participation mentionnée au 1° de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles ne peut être supérieure à celle qu'ils acquittaient le mois précédant cette date au titre du I de l'article L. 232-8 du même code, dans sa rédaction antérieure au 1er janvier 2029. Si cette participation était prise en charge le mois précédant le 1er janvier 2029 en tout ou partie par l'aide sociale prévue à l'article L. 121-1 dudit code, la nouvelle participation est couverte dans les mêmes conditions, sans qu'il soit nécessaire de déposer une nouvelle demande d'admission au bénéfice de l'aide sociale.

⑭ E. – Chaque département nouvellement concerné par la mise en œuvre du forfait global unique transmet :

⑮ 1° Les informations permettant le calcul de la moyenne mentionnée au C du présent III ainsi que l'ensemble des données utilisées, dans le cadre du régime antérieur, à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour fixer les forfaits globaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant de la présente loi, de chaque établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ainsi que des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée, selon des modalités fixées par décret ;

⑯ 2° Toutes les informations nécessaires à la poursuite de l'activité de tarification des établissements mentionnés aux I, II et IV *bis* de l'article L. 313-12 du même code, à compter du 1er janvier 2029, aux agences régionales de santé.

⑰ Par dérogation à l'article L. 314-9 dudit code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, l'évaluation de la perte d'autonomie mentionnée au premier alinéa du même article L. 314-9 est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin ou à un infirmier désignés par le président du conseil départemental et à un médecin ou à un infirmier désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, jusqu'au 31 décembre 2029.

Article 38 *bis (nouveau)*

① I. – L'article L. 232-21-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

② 1° Au premier alinéa, les mots : « pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile » sont remplacés par les mots : « pour répondre aux finalités mentionnées aux 1° à 3° du présent article » ;

③ 2° Les 1° et 2° sont ainsi rédigés :

④ « 1° L'attribution, la gestion et le service de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-3 ;

⑤ « 2° L'attribution des mentions et la délivrance de la carte mentionnées à l'article L. 241-3 aux demandeurs et bénéficiaires de cette même allocation ; »

⑥ 3° Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

⑦ « 3° Le suivi et l'évaluation des missions mentionnées aux 1° et 2° du présent article ainsi que l'appui aux politiques publiques mises en œuvre, dans le champ de l'autonomie, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les départements, dans le respect de leurs obligations respectives. » ;

⑧ 4° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

⑨ « Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »

⑩ II. – Le II de l'article 49 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est ainsi rédigé :

⑪ « II. – Un décret précise les modalités selon lesquelles le système d'information unique mentionné à l'article L. 232-21-5 du code de l'action sociale et des familles est progressivement déployé dans l'ensemble des départements. Ce déploiement est achevé au plus tard le 31 décembre 2030. »

Article 38 *ter (nouveau)*

① L'article L. 313-23-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

② « *Art. L. 313-23-3*. – Le montant des dépenses susceptibles d'être engagées par les établissements et les services mentionnés à l'article L. 315-1 et relevant du I de l'article L. 312-1, au titre du recours aux services des entreprises de travail temporaire mentionnées à l'article L. 1251-1 du code du travail et pour l'une des catégories de professionnels mentionnés à l'article L. 313-23-4 du présent code, est plafonné en tenant compte, le cas échéant, des spécificités territoriales. Les conditions d'application du présent article sont définies par voie réglementaire. »

Article 39

① La section 1 du chapitre IV du titre I[er] 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 la qualité, 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. Cet intéressement concourt notamment à réduire les hospitalisations évitables, à développer l'accès à la prévention chez les personnes accompagnées et à sécuriser le retour sur le lieu de vie après une hospitalisation.

③ « En fonction des résultats obtenus par ces établissements et services au regard des objectifs fixés au niveau national ou régional, après concertation avec les fédérations représentatives des établissements et services concernés, les organisations syndicales représentatives des salariés du secteur, les associations d'usagers du système de santé agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et les représentants des personnes accompagnées et de leurs familles, qui peuvent être exprimés en volume ou en taux d'évolution et qui sont mesurés à partir d'indicateurs mesurant la qualité, 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 un territoire de santé mentionné à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique.

⑤ « L'appréciation des résultats obtenus par les établissements et services, au regard des indicateurs mentionnés au deuxième alinéa du présent article, tient compte des caractéristiques des personnes accueillies ou accompagnées, des contraintes géographiques ainsi que des difficultés structurelles de recrutement et de fidélisation des professionnels, notamment dans les territoires frontaliers.

⑥ « Un décret détermine 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 en cours d'année pour chacun de ces organismes ou des besoins liés 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	117,8
Dépenses relatives aux établissements de santé	115,7
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	**277,9**

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 à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont fixés, pour l'année 2027, respectivement à 302,7 millions d'euros et à 21,68 millions d'euros.

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 320,3 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 44,8 milliards d'euros.

Délibéré en séance publique, à Paris, le 18 novembre 2026.

Le Président,

Signé : Gérard LARCHER

ANNEXE

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE 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 des 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 connaître une croissance équivalente à celle de l'année précédente (+2,6 %), leur dynamique ayant été préservée de l'impact que les hausses du salaire minimum de croissance (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 macro-économique 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 de 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 prévues par 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 prévues par 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 contribution sociale généralisée sur les revenus de 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 %	1,7 %	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 %	1,7 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %

** Évolutions en moyenne annuelle, selon les règles de revalorisation actuellement en vigueur.*

*** 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.*

**** 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 loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.*

⑪ L'ONDAM est fixé en hausse de 2,0 % en 2027. L'évolution tendancielle des dépenses en relevant (3,4 %), qui tient compte de déterminants démographiques et 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 les 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 de maladies professionnelles, pour un rendement de 0,2 milliard d'euros.

⑫ 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 milliards d'euros ; les dépenses d'indemnités journalières d'assurance maladie devraient diminuer d'un milliard d'euros ; 1,8 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 ; 0,3 milliard d'euros proviendraient du renforcement de la lutte contre la fraude et de l'amélioration de la pertinence des soins 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.

⑬ Une éventuelle évolution de la prise en charge des cures thermales par la sécurité sociale ne pourra avoir lieu qu'après la publication par la Haute Autorité de santé d'un avis sur leur service médical rendu.

⑭ 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, une hausse de 3 points du taux de contribution sociale généralisée (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.

⑮ 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 de maladies professionnelles (AT-MP), pour un montant total d'un milliard d'euros en 2027. Inversement, la fraction de taxe sur la valeur ajoutée (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 au titre d'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.

⑯ 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 retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), soit un surcroît de recettes de 1,8 milliard d'euros, et un rendement de la réforme des retraites de 2023, net de l'effet de la suspension décidée dans la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale 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 retraite 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 d'assurance maladie complémentaires, reconduite seulement pour 2027.

⑰ 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 n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027 (LPFP), 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 par la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 précitée (+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 prévues par la même loi (décalage de 14 ans 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.

⑱ **B. – Situation par branche**

⑲ 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'économie 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) 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.

⑳ 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.

㉑ 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.

㉒ 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 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.

㉓ 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 Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et de 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 de 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.

㉔ Le solde de la branche s'améliorerait ensuite légèrement pour atteindre -1,1 milliard d'euros 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.

㉕ 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 Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) des majorations de pensions pour enfants versées par la CNRACL améliorera le solde de la branche retraites 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 lois de financement de la sécurité sociale, notamment celles de la loi n° 2023-270 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 loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 précitée 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 d'un milliard le rendement initialement attendu de 1,8 milliard d'euros (y compris la rétrocession des économies concernant la fonction publique d'État). Les lois de financement de la sécurité sociale 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 1,4 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.

(26) 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 0,5 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 de l'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.

(27) 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, à l'issue de la concertation annoncée par le Premier ministre, soit 1,6 milliard d'économies 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 ans 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.

(28) 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 au 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.

㉙ Prévisions des recettes, dépenses et soldes des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

㉚ 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	267,8	276,5	285,3	293,7
Dépenses.....	262,6	271,0	276,0	283,7	291,7	299,2
**Solde..... **	**-15,9**	**-12,5**	**-8,2**	**-7,1**	**-6,5**	**-5,5**
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	61,7	62,1	62,6	63,3
Dépenses.....	58,5	59,1	60,2	60,4	60,9	61,6
**Solde..... **	**1,2**	**0,3**	**1,6**	**1,8**	**1,7**	**1,7**
Vieillesse						
Recettes	297,0	302,5	314,8	324,3	331,8	340,0
Dépenses.....	304,2	310,5	320,3	329,8	339,0	348,9
**Solde..... **	**-7,1**	**-8,0**	**-5,5**	**-5,4**	**-7,2**	**-8,9**
Autonomie						
Recettes	41,9	43,0	44,4	45,6	46,9	48,3
Dépenses.....	41,8	43,3	44,8	46,5	48,3	50,1
**Solde..... **	**0,1**	**-0,3**	**-0,4**	**-0,9**	**-1,3**	**-1,8**
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés						
Recettes	643,8	661,3	685,8	706,0	724,1	742,9
Dépenses.....	665,7	683,1	699,8	719,1	738,7	758,6
**Solde..... **	**-22,0**	**-21,8**	**-14,0**	**-13,0**	**-14,6**	**-15,6**

㉛

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**					

㉜

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	685,8	706,0	724,1	742,9
Dépenses.....	666,0	683,1	699,8	719,1	738,7	758,6
Solde.....	**-21,6**	**-21,8**	**-14,0**	**-13,0**	**-14,6**	**-15,6**

㉝ **II *bis (nouveau)*. – Un déficit de la sécurité sociale provenant notamment d'une quantité de travail insuffisante**

㉞ **A. – Un PIB par habitant nettement plus faible que dans la plupart des autres pays d'Europe occidentale**

㉟ En Europe, seuls les pays d'Europe du Sud ou orientale ont un PIB par habitant inférieur à celui de la France. Le PIB par habitant du Luxembourg, de l'Irlande, de la Norvège et de la Suisse lui est plus de deux fois supérieur.

㊱ Si la France avait le même PIB par habitant que l'Allemagne, son PIB serait supérieur d'un quart, ce qui conduirait à un excédent de ses finances publiques de plusieurs points de PIB.

㊲ Ce PIB par habitant moins élevé contribue à expliquer l'insatisfaction des Français vis-à-vis de leurs services publics et de leur protection sociale. En effet, si les dépenses de protection sociale de la France sont les plus élevées de l'OCDE en points de PIB, elles sont plus banales si l'on raisonne en montant par habitant (sixième position), en particulier dans le domaine de la santé (dixième position).

B. – Un PIB qui serait accru de 3 %, si le taux d'emploi de la France était le même que celui de l'Allemagne

Ce faible PIB par habitant s'explique notamment par une quantité de travail par personne en âge de travailler plus faible qu'ailleurs.

Comme le souligne une note de 2025 du Conseil d'analyse économique, depuis le début des années 1990, la France a un nombre d'heures travaillées par habitant inférieur à celui de ses principaux partenaires, en quasi-totalité du fait d'un taux d'emploi plus faible (c'est-à-dire d'une plus faible proportion de personnes ayant un emploi parmi celles en âge de travailler). Selon cette note, « *le taux d'emploi plus bas de la France se concentre entièrement sur les jeunes et les seniors : l'insertion sur le marché du travail des jeunes est beaucoup plus lente en France, et les sorties du marché du travail sont plus précoces* ». Selon un document de travail de Rexecode de 2024, la durée effective annuelle du travail des personnes en emploi est en France de seulement 96 % de celle de l'Union européenne.

Pour mémoire, la France fait partie des États européens où l'âge légal de départ à la retraite est le plus faible. Par ailleurs, une augmentation de cet âge légal est prévue dans la quasi-totalité de ces États. Par exemple, en Allemagne, l'âge légal de départ à la retraite doit être porté de 65 à 67 ans pour les personnes nées à partir de 1964.

Selon une note de 2024 de la direction générale du Trésor, aligner le taux d'emploi sur celui de l'Allemagne augmenterait le nombre de personnes ayant un emploi de 14 %, le nombre d'heures de travail de 7 % et le PIB de 3,2 %, et améliorerait le solde de la sécurité sociale de 20 milliards d'euros.

C. – Augmenter le nombre d'heures de travail des personnes ayant un emploi

La situation des comptes sociaux implique d'augmenter le nombre d'heures de travail des personnes ayant un emploi.

Une concertation préalable sera engagée d'ici la fin de l'année 2027 avec les organisations syndicales de salariés et d'employeurs, en application de l'article L. 1 du code du travail, afin d'ouvrir une négociation sur les modalités d'augmentation du temps de travail.

À titre d'illustration, porter la durée légale du travail de 35 à 37 heures pourrait, au bout de quelques années, accroître les recettes annuelles de la sécurité sociale d'environ 10 milliards d'euros.

II *ter (nouveau)*. – D'ici 2030, des efforts supplémentaires importants seront à mettre en œuvre pour revenir à l'équilibre

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 marque une première étape du retour de la sécurité sociale à l'équilibre, qui devra être atteint au plus tard d'ici 2030 afin de garantir sa pérennité.

49 Le retour à l'équilibre des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale à cet horizon requiert un effort supplémentaire de 17 milliards d'euros sur trois ans, soit près de 6 milliards d'euros par an, par rapport à la trajectoire résultant de la présente loi et décrite dans le présent rapport.

50 En tenant compte des économies nécessaires pour respecter la trajectoire de l'ONDAM prévue par le présent rapport, les mesures d'amélioration du solde nécessaires sont de l'ordre de 30 milliards d'euros à horizon 2030.

51 Les mesures d'amélioration du solde devront nécessairement inclure une augmentation de la quantité de travail, et en particulier une augmentation du taux d'emploi et de la durée du travail.

52 **III. – Écarts à la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027**

53 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 :

54 **Révisions des dépenses sur le champ des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (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	699,8
Écarts (2 - 1)	**-0,1**	**1,3**	**0,8**	**-2,7**	**-5,6**

** Au sens du I de l'article 18 de la LPFP.*

(55) 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.

(56) 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 les mécanismes d'équilibrage, et hors les 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 d'un milliard d'euros. Les révisions des volumes de prestations expliquent le reste des écarts présentés dans le tableau précédent.

(57) 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.

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par le Sénat dans sa séance du 18 novembre 2026

Le Président,

Signé : Gérard LARCHER