

N° 122

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

Enregistré à la Présidence du Sénat le 13 novembre 2025

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2026,

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

À

M. LE PRÉSIDENT DU SÉNAT

(Envoyé à la commission des affaires sociales.)

*En application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution,
le Sénat est saisi, en première lecture, du projet de loi
de financement de la sécurité sociale dont la teneur suit :*

Voir les numéros :

Assemblée nationale (17^e législature) : 1907, 2049 et 2057.

Article liminaire

(Supprimé)

PREMIÈRE PARTIE

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

Articles 1^{er} à 3

(Supprimés)

DEUXIÈME PARTIE

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

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECouvreMENT ET À LA TRÉSORERIE

Article 4

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin du 4° de l'article L. 133-9-2, les mots : « par les articles L. 243-4 et L. 243-5 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 243-4 » ;
- ③ 2° Au premier alinéa de l'article L. 243-4, les mots : « pendant un an » sont remplacés par le signe : « , » et le mot : « , lequel » est remplacé par les mots : « pour une durée et selon des modalités prévues par un décret en Conseil d'État. Ce » ;
- ④ 3° Les cinq premiers alinéas de l'article L. 243-5 sont supprimés ;

- ⑤ 4° À la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 452-4, les mots : « par les articles L. 243-4 et L. 243-5 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 243-4 ».
- ⑥ II. – Le quatrième alinéa de l'article L. 622-24 du code de commerce est ainsi modifié :
- ⑦ 1° Aux sixième et avant-dernière phrases, après le mot : « impôt », sont insérés les mots : « ou des cotisations et des contributions sociales » ;
- ⑧ 2° À la dernière phrase, les mots : « cet établissement définitif » sont remplacés par les mots : « l'établissement définitif des créances fiscales ».
- ⑨ III. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑩ 1° L'article L. 725-5 est abrogé ;
- ⑪ 2° (*nouveau*) À l'article L. 725-6, la référence : « L. 725-5 » est remplacée par la référence : « L. 725-3-2 ».
- ⑫ IV. – Du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2028, les directeurs des organismes des régimes de base de sécurité sociale chargés du recouvrement peuvent donner mandat au directeur départemental ou régional des finances publiques qui préside une commission de créanciers publics pour prendre, inscrire, gérer et réaliser les sûretés et les garanties accordées par les débiteurs dont cette commission examine la situation.
- ⑬ V. – Le I entre en vigueur le 1^{er} juillet 2026. Le II s'applique aux procédures collectives ouvertes et aux liquidations judiciaires prononcées à compter du 1^{er} janvier 2027.

Article 4 bis (*nouveau*)

- ① I. – L'article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :
- ② 1° Au 1 du I, le mot : « juillet » est remplacé par le mot : « septembre » ;
- ③ 2° À la seconde phrase du IV, les mots : « au plus tard le 31 décembre 2023 » sont remplacés par les mots : « à la fin de cette période d'expérimentation ».

- ④ II. – À la seconde phrase des premier et deuxième alinéas du IV de l'article 13 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, la date : « 1^{er} juillet 2026 » est remplacée par la date : « 1^{er} septembre 2027 ».

Article 5

- ① I. – La section 1 du chapitre II du titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° Le dernier alinéa de l'article L. 382-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Après la première occurrence du mot : « par », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;
- ④ b) Les trois dernières phrases sont ainsi rédigées : « Une commission professionnelle peut être saisie par le demandeur dont l'affiliation a été refusée. Cette commission comprend des représentants des artistes auteurs de chacune des branches professionnelles, désignés par le conseil d'administration de l'association mentionné à l'article L. 382-2. Elle donne un avis sur l'affiliation de la personne qui exerce un recours contre la décision de refus d'affiliation. » ;
- ⑤ 2° L'article L. 382-2 est ainsi modifié :
- ⑥ a) Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :
- ⑦ « I. – L'État agréé une association qui assure, pour le compte du régime général, les missions suivantes :
- ⑧ « 1° Établir les orientations générales de l'action sanitaire et sociale mentionnées à l'article L. 382-7, dans le respect d'un cadre financier déterminé par les représentants de l'État mentionnés au II du présent article ;
- ⑨ « 2° Veiller, notamment en nommant un médiateur, à la bonne application aux artistes auteurs des règles relatives à la protection sociale et à la qualité du service rendu.
- ⑩ « Cette association est saisie pour avis de tout projet de mesure législative ou réglementaire qui porte spécifiquement sur les règles de sécurité sociale des artistes auteurs.

- ⑪ « Seule l'association agréée peut prendre la dénomination de conseil national de la protection sociale des artistes auteurs.
- ⑫ « II. – Cette association est administrée par un conseil d'administration comprenant des représentants des artistes auteurs affiliés, des représentants des diffuseurs ainsi que des représentants de l'État. Les organisations syndicales et professionnelles qui siègent au conseil d'administration sont désignées conformément aux résultats des élections professionnelles des artistes auteurs. Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent alinéa, notamment les conditions de désignation des représentants des artistes auteurs et des diffuseurs ainsi que les conditions de nomination du directeur et du directeur comptable et financier de cette association. Ce décret précise les critères de représentativité des organisations syndicales et professionnelles des artistes auteurs. » ;
- ⑬ b) Au second alinéa, les mots : « de chaque organisme agréé » sont supprimés ;
- ⑭ 3° L'article L. 382-3-2 est ainsi modifié :
- ⑮ a) Les mots : « à sa demande et » sont supprimés ;
- ⑯ b) Après le mot : « mois », sont insérés les mots : « à compter du dépôt de la déclaration de revenus par l'assuré » ;
- ⑰ 4° Le premier alinéa de l'article L. 382-6 est ainsi modifié :
- ⑱ a) À la première phrase, les mots : « peuvent effectuer » sont remplacés par le mot : « effectuent » ;
- ⑲ a bis) (*nouveau*) Après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation, les personnes qui indiquent à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 382-5 ne pas être en mesure de souscrire ces déclarations ou d'effectuer ces versements par voie dématérialisée ne sont pas tenues d'y procéder par ce moyen. » ;
- ⑳ b) À la seconde phrase, après le mot : « sont », il est inséré le mot : « également » ;

- ②① 5° La première phrase de l'article L. 382-7 est ainsi rédigée : « L'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale met en œuvre au profit des personnes mentionnées à l'article L. 382-1 une action sanitaire et sociale dont les orientations générales sont déterminées par l'association agréée mentionnée à l'article L. 382-2. » ;
- ②② 6° Au premier alinéa de l'article L. 382-14, les mots : « des organismes agréés mentionnés » sont remplacés par les mots : « de l'association agréée mentionnée ».
- ②③ II. – Le IV de l'article 23 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :
- ②④ 1° Les mots : « présent article est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2019, à l'exception du » sont supprimés ;
- ②⑤ 2° Les deux occurrences du mot : « , qui » sont remplacées par les mots : « du présent article » ;
- ②⑥ 3° L'avant-dernière occurrence du mot : « du » est remplacée par le mot : « le » ;
- ②⑦ 4° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le présent article est applicable à l'ensemble des cotisations et contributions dues. »
- ②⑧ III. – Les contrats de travail du personnel de l'association agréée chargés, avant l'entrée en vigueur du présent article, de l'affiliation et du contrôle du champ de l'action sociale et du recouvrement des cotisations sociales sont transférés, au plus tard le 31 décembre 2026, à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.
- ②⑨ IV. – Le présent article s'applique à compter du 1^{er} janvier 2026, à l'exception :
- ③⑩ a) Du 1° du I, qui entre en vigueur le 1^{er} avril 2026 ;
- ③⑪ b) Des 2° et 5° du I et du II, qui entrent en vigueur le 1^{er} juin 2026.

Article 5 bis (nouveau)

- ① I. – L'article L. 722-7-1 du code rural et de la pêche maritime, dans rédaction résultant de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, est ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 722-7-1. – Dans le bail à métayage, seul le preneur est considéré comme chef d'exploitation, sous réserve qu'il ne soit pas assujetti au régime social agricole. Le bailleur à métayage n'est pas affilié au régime de protection sociale des non-salariés agricoles, sauf s'il participe effectivement à l'activité ou à la direction de l'exploitation, sous réserve de l'application de l'article L. 171-6-1 du code de la sécurité sociale. »
- ③ II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 5 ter (nouveau)

- ① I. – L'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ③ 2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :
- ④ « II. – Les personnes exerçant une activité professionnelle sous le statut de collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionné à l'article L. 321-5 qui choisissent le statut de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole à l'expiration du délai de cinq ans mentionné au même article L. 321-5 bénéficient de l'exonération partielle de cotisations mentionnée au I du présent article sous réserve du respect des conditions suivantes :
- ⑤ « 1° Avoir été collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole pendant une durée d'au moins cinq ans ;
- ⑥ « 2° Exercer en tant que chef d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre principal ou exclusif ;
- ⑦ « 3° S'engager à conserver le statut mentionné au 2° du présent II durant cinq ans.

- ⑧ « La condition d'âge prévue au deuxième alinéa du I du présent article ne s'applique pas. Un décret détermine les conditions d'application du présent II. »
- ⑨ II. – Le I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2027 et s'applique aux cotisations sociales dues à compter de la même date.

Article 5 quater (nouveau)

- ① La section 1 *bis* du chapitre I^{er} du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 241-3-3 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 241-3-3. – Les entreprises d'au moins trois cents salariées mentionnées à l'article L. 2242-2-1 du code du travail sont soumises à un malus sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage, en l'absence de négociation sur l'emploi, le travail et l'amélioration des conditions de travail des salariées expérimentés ou, à défaut d'accord, d'un plan d'action annuel destiné à favoriser l'emploi des salariées expérimentés.
- ③ « Le malus est déterminé par voie réglementaire, en fonction des efforts constatés dans l'entreprise en faveur de l'emploi des seniors ainsi que des motifs de sa défaillance, sur la base de critères clairs. »

Article 6

(Supprimé)

Article 6 bis (nouveau)

Au 2^o du I de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, le taux : « 9,2 % » est remplacé par le taux : « 10,6 % ».

Article 6 ter (nouveau)

- ① I. – L'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1^o À la première phrase du 1^o du III, après le mot : « année », sont insérés les mots : « ou l'antépénultième année » ;
- ③ 2^o Au premier alinéa du III *bis*, après le mot : « année », sont insérés les mots : « ou de l'antépénultième année ».

- ④ II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 7

(Supprimé)

Article 7 bis (nouveau)

- ① I. – La section 5 du chapitre VI du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 136-8-1 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 136-8-1. – I. – Le présent article s'applique :
- ③ « 1° Aux dividendes coopératifs et aux excédents de gestion distribués annuellement par les sociétés coopératives ou par les unions de coopératives, ayant pour objet principal la mise en commun de moyens, l'achat, la logistique, la distribution ou la promotion de produits et de services pharmaceutiques, régis par les dispositions du code de commerce ou du code rural et de la pêche maritime ;
- ④ « 2° Aux dividendes distribués annuellement par les sociétés du commerce associé répondant aux critères mentionnés au II, ayant pour objet principal la mise en commun de moyens, l'achat, la logistique, la distribution ou la promotion de produits et de services pharmaceutiques, régis par les dispositions du code de commerce ou du code rural et de la pêche maritime.
- ⑤ « II. – Pour l'application du présent article, sont regardées comme sociétés du commerce associé les sociétés ou les groupements répondant cumulativement aux conditions suivantes :
- ⑥ « 1° La présidence ou la direction effective est assurée par un pharmacien en exercice au sein du réseau concerné ;
- ⑦ « 2° L'intégralité des droits de vote est détenue par des pharmaciens titulaires d'officine, selon le principe d'égalité entre membres ;
- ⑧ « 3° Les pharmaciens membres disposent du droit de participer, s'ils le souhaitent, à toute instance ou commission de gouvernance prévue par les statuts ;

- ⑨ « 4° Au moins 80 % du chiffre d'affaires consolidé, filiales incluses, est réalisé avec les officines de pharmacie membres du réseau, à l'exclusion de toute autre clientèle.
- ⑩ « Les dividendes versés par les sociétés du commerce associé mentionnées au présent article ne sont pas proportionnels à l'utilisation des services.
- ⑪ « III. – Sont éligibles les distributions perçues par les pharmaciens titulaires ou les sociétés exploitant une officine de pharmacie, membres de ces structures, proportionnellement à l'utilisation effective des services et des produits proposés directement ou indirectement pour les structures mentionnées au premier alinéa du I.
- ⑫ « IV. – Pour l'application du présent article, les revenus mentionnés au I doivent :
- ⑬ « 1° Être répartis entre les membres conformément aux règles statutaires des sociétés ;
- ⑭ « 2° Être déclarés distinctement dans la liasse fiscale de la coopérative selon des modalités, fixées par décret, permettant d'identifier la part des excédents de gestion distribués aux pharmaciens membres ou être votés distinctement par l'assemblée générale s'agissant des dividendes coopératifs ;
- ⑮ « 3° Faire l'objet d'une option expresse pour le présent régime, exercée lors du dépôt de la déclaration de résultats de l'exercice concerné, par le membre bénéficiaire.
- ⑯ « V. – A. – Lorsque le membre bénéficiaire est une personne physique ou une société relevant de l'impôt sur le revenu, la part des bénéfices distribuée sous forme de dividendes coopératifs ou d'excédents de gestion, perçue au titre du présent article, est exonérée des prélèvements sociaux mentionnés à l'article L. 136-8 du présent code, à un taux global de 17,2 %.
- ⑰ « B. – Lorsque le membre bénéficiaire est une société ou une structure relevant de l'impôt sur les sociétés, la part des bénéfices distribuée sous forme de dividendes coopératifs ou d'excédents de gestion, perçue au titre du présent article, est soumise à un taux d'imposition forfaitaire réduit de 15 %.
- ⑱ « C. – Le présent V s'applique exclusivement à la fraction des revenus correspondant aux activités mentionnées au I.

- ①⑨ « VI. – Les sociétés coopératives ou les réseaux du commerce associé mentionnés aux I et II tiennent à la disposition de l’administration fiscale une documentation permettant de justifier du respect des conditions d’éligibilité, la nature des revenus distribués et la qualité des bénéficiaires. En cas de manquement ou de distribution non conforme, les revenus concernés sont imposés selon le droit commun et les avantages indûment obtenus sont remis en cause. »
- ②⑩ II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.
- ②⑪ III. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I est compensée à due concurrence par la majoration de l’accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 7 ter (nouveau)

- ① I. – Au 2^o du II *bis* de l’article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, après le mot : « salariés », sont insérés les mots : « , les retraités relevant de ces mêmes régimes ».
- ② II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I est compensée à due concurrence par la majoration de l’accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 8

- ① I. – Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1^o À la fin du dernier alinéa de l’article L. 137-12, le taux : « 30 % » est remplacé par le taux : « 40 % » ;
- ③ 2^o et 3^o (*Supprimés*)
- ④ II à IV. – (*Supprimés*)

Article 8 bis (nouveau)

- ① I. – À titre expérimental, jusqu’au 31 décembre 2028, par dérogation au I de l’article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime, les chefs d’exploitation ou d’entreprise agricole peuvent opter pour que leurs cotisations soient calculées sur la base d’une estimation de leurs revenus professionnels de l’année en cours, sous réserve d’une régularisation ultérieure fondée sur les revenus professionnels définitifs constatés dans les conditions prévues à l’article L. 731-14 du même code.
- ② II. – Un décret définit les conditions de mise en œuvre de l’expérimentation prévue au I du présent article. Il détermine notamment le délai minimal dans lequel les chefs d’exploitation ou d’entreprise agricole doivent formuler l’option mentionnée au même I avant sa prise d’effet, la durée minimale de validité de cette option ainsi que les conditions de sa reconduction et de sa dénonciation.
- ③ III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} octobre 2026.

Article 8 ter (nouveau)

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le *a bis* du 3° du III de l’article L. 136-1-1 est ainsi rédigé :
- ③ « *a bis*) Le gain net mentionné au premier alinéa du II de l’article 163 *bis* H du code général des impôts ainsi que la fraction de ce gain qui excède la limite déterminée dans les conditions définies au même premier alinéa ; »
- ④ 2° À la fin du premier alinéa de l’article L. 137-42, les mots : « des avantages mentionnés au *a bis* du 3° du III de l’article L. 136-1-1 qui sont imposés à l’impôt sur le revenu suivant les règles de droit commun des traitements et salaires » sont remplacés par les mots : « de la fraction du gain net mentionné au premier alinéa du II de l’article 163 *bis* H du code général des impôts qui excède la limite déterminée dans les conditions définies au même premier alinéa ».
- ⑤ II. – À la fin du C du IV de l’article 93 de la loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025, les mots : « entre le lendemain de la promulgation de la présente loi et le 31 décembre 2027 » sont remplacés par les mots : « à compter du lendemain de la promulgation de la présente loi ».

- ⑥ III. – Le I s’applique aux dispositions, aux cessions, aux conversions ou aux mises en location réalisées à compter du 15 février 2025.

Article 8 quater (nouveau)

Au premier alinéa du A du I de l’article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « au premier alinéa de l’article 34, » sont supprimés et, après la référence : « 63 », sont insérés les mots : « du code général des impôts et, lorsque leur exercice relève du champ défini aux articles L. 722-1 à L. 722-3 du code rural et de la pêche maritime, des activités mentionnées au premier alinéa de l’article 34 ».

Article 8 quinquies (nouveau)

Au IV de l’article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « et 2° » sont remplacés par les mots : « , 2° et 3° ».

Article 8 sexies (nouveau)

- ① Après le III de l’article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un III *bis* ainsi rédigé :
- ② « III *bis*. – Par dérogation au III du présent article, le coefficient mentionné au même III est calculé en fonction du salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification applicable à l’entreprise, au sens du 4° du II de l’article L. 2261-22 du code du travail, dans la limite du montant du salaire minimum de croissance applicable.
- ③ « Cette dérogation s’applique aux entreprises qui relèvent d’une branche pour laquelle le salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification, au sens du même 4°, est inférieur au salaire minimum de croissance en vigueur durant toute l’année civile précédant celle du mois civil au titre duquel le montant de la réduction est calculé et pour lesquelles aucun accord d’entreprise ni aucune décision unilatérale de l’employeur n’a prévu au cours de l’année civile précitée des salaires supérieurs au salaire minimum de croissance applicable.
- ④ « Le présent III *bis* n’est pas applicable aux entreprises pour lesquelles le montant de la réduction est inférieur en cas de non-application de cette dérogation.

- ⑤ « Les conditions d’application du présent III *bis*, notamment dans le cas des entreprises relevant de plusieurs branches ou de plusieurs conventions collectives, sont déterminées par décret. »

Article 8 septies (nouveau)

- ① I. – Au premier alinéa du I de l’article L. 241-18-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « et moins de deux cent cinquante » sont supprimés.
- ② II. – Le I est applicable aux revenus d’activité versés au titre des périodes d’emploi courant à compter du 1^{er} janvier 2026.

Article 8 octies (nouveau)

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

Article 9

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A. – L’article L. 131-6-4 est ainsi modifié :
- ③ 1° Les trois derniers alinéas du I sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Le premier alinéa du présent article s’applique aux personnes qui relèvent de l’une des catégories mentionnées à l’article L. 5141-1 du code du travail, à l’exclusion des personnes mentionnées à l’article L. 642-4-2 du présent code, et aux personnes qui créent ou reprennent une entreprise implantée dans une commune relevant de l’une des zones mentionnées à l’article 44 *quindecies* A du code général des impôts. » ;

- ⑤ 2° (*Supprimé*)
- ⑥ B et C. – (*Supprimés*)
- ⑦ II et III. – (*Supprimés*)
- ⑧ IV. – Le A du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026 et s'applique aux créations et reprises d'entreprise intervenant à compter de cette date.
- ⑨ V. – Les B et C du I entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2026 et s'appliquent aux cotisations et contributions dues pour les périodes d'activités courant à compter de cette date.
- ⑩ VI. – (*Supprimé*)

Article 9 bis (nouveau)

- ① I. – La section 1 du chapitre III du titre I^{er} du livre III du code de la construction et de l'habitation est complétée par un article L. 313-7 ainsi rétabli :
- ② « Art. L. 313-7. – Sans préjudice de l'obligation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 313-1, les employeurs soumis à cette obligation peuvent prendre en charge tout ou partie des intérêts du crédit immobilier contracté par un salarié qui acquiert ou fait construire sa résidence principale, à la condition que ce salarié n'ait pas été propriétaire de sa résidence principale au cours des deux années précédant celle au cours de laquelle ce crédit est contracté.
- ③ « L'employeur verse chaque mois au salarié les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent article. La rupture du contrat de travail ne peut donner lieu à la restitution de ces sommes par le salarié.
- ④ « Dans la limite de 8 % du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, les sommes versées au cours d'une année civile dans les conditions mentionnées aux deux premiers alinéas du présent article sont exonérées des cotisations et des contributions prévues par la législation de sécurité sociale, à l'exception des contributions prévues aux articles L. 136-1 et L. 137-15 du code de la sécurité sociale et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. »

- ⑤ II. – Le II de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 9° ainsi rédigé :
- ⑥ « 9° Dans la limite mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 313-7 du code de la construction et de l'habitation, les sommes versées par l'employeur au salarié au titre de la prise en charge prévue au même article L. 313-7. »
- ⑦ III. – Les I et II sont applicables aux contrats de travail ainsi qu'aux conventions et aux accords d'entreprise ou d'établissement conclus à compter du 1^{er} janvier 2026.
- ⑧ IV. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant des I et II 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 9 ter (nouveau)

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

Article 9 quater (nouveau)

- ① I. – Au troisième alinéa du I de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « , à l'exclusion des tâches réalisées par des entreprises de travaux forestiers, » sont supprimés.
- ② II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 9 quinquies (nouveau)

- ① I. – Le A du I de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale est complété par un 4° ainsi rédigé :
- ② « 4° 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 pour les organismes de sécurité sociale résultant du I est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 9 sexies (nouveau)

- ① I. – L'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est complété par un VIII ainsi rédigé :
- ② « VIII. – Par dérogation au I du présent article, cette exonération s'applique dans les territoires précités :
- ③ « 1° Aux chambres d'agriculture, pour leurs seules activités industrielles et commerciales mentionnées à l'article L. 514-4 du code rural et de la pêche maritime ;
- ④ « 2° Aux chambres de commerce et d'industrie territoriales mentionnées au 4° de l'article L. 711-3 du code de commerce, pour l'exercice de leurs missions. »
- ⑤ II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 9 septies (nouveau)

- ① I. – L'article L. 5553-11 du code des transports est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, après le mot : « code », sont insérés les mots : « , de la cotisation d'allocations familiales prévue à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale et de la contribution patronale à l'allocation d'assurance contre le risque de privation d'emploi mentionnée au 1° de l'article L. 5422-9 du code du travail » ;
- ③ 2° Le deuxième alinéa est supprimé ;
- ④ 3° Au troisième alinéa, la première occurrence du mot : « deuxième » est remplacée par le mot : « premier » ;
- ⑤ 4° À la première phrase du quatrième alinéa, les mots : « aux deux premiers alinéas » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa » ;
- ⑥ 5° L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :
- ⑦ a) À la première phrase, les mots : « aux deux premiers alinéas » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa » ;
- ⑧ b) À la seconde phrase, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « troisième ».
- ⑨ II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 10

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au I de l'article L. 138-10, après l'année : « 2022 », sont insérés les mots : « , à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées à l'article L. 138-9 » ;
- ③ 2° Le premier alinéa du même article L. 138-11 est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « , à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées à l'article L. 138-9. Si la différence entre le chiffre d'affaires d'une entreprise et le montant de ces remises est négative, elle n'est pas déduite de l'assiette de la contribution. » ;

- ④ 3° L'article L. 245-6 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Le début du I est ainsi rédigé : « I. – A. – Il est institué une contribution, dénommée “contribution de base”, des entreprises... *(le reste sans changement)*. » ;
- ⑥ b) Le début du premier alinéa du II est ainsi rédigé : « B. – Cette contribution de base est assise... *(le reste sans changement)* : » ;
- ⑦ c) Le premier alinéa du III est ainsi rédigé :
- ⑧ « C. – Sont exclus de l'assiette définie au B du présent I : » ;
- ⑨ d) Les IV à X sont remplacés par vingt-sept alinéas ainsi rédigés :
- ⑩ « D. – Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution de base s'entend déduction faite des remises mentionnées à l'article L. 138-9 accordées par les entreprises ainsi que des ventes ou reventes à destination de l'étranger, à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.
- ⑪ « E. – Le taux de la contribution de base est fixé à 0,20 %.
- ⑫ « II. – A. – Une contribution additionnelle à la contribution de base, dénommée “contribution additionnelle”, est instituée pour les entreprises définies au A du I du présent article lorsque l'une ou plusieurs des spécialités pharmaceutiques donnent lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 et sont inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités, sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6, ou certaines de leurs indications seulement, ou prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-1-2 ou de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée.
- ⑬ « B. – Cette contribution additionnelle est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques remplissant les conditions prévues aux B à D du I du présent article et inscrites sur les listes mentionnées au A du présent II.
- ⑭ « C. – Le taux de la contribution additionnelle est de 1,6 %.

- ⑮ « III. – A. – Une contribution supplémentaire à la contribution de base et à la contribution additionnelle, dénommée “contribution supplémentaire”, est instituée pour les entreprises définies au A du I qui exploitent les spécialités suivantes ou assurent leur importation parallèle ou leur distribution parallèle :
- ⑯ « 1° Celles inscrites sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l’article L. 162-17 ;
- ⑰ « 2° Celles inscrites sur la liste prévue à l’article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l’article L. 162-23-6, ou certaines de leurs indications seulement ;
- ⑱ « 3° Celles bénéficiant d’une autorisation ou d’un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante ;
- ⑲ « 4° Celles bénéficiant d’une prise en charge au titre de l’article L. 162-16-5-1-2 du présent code ;
- ⑳ « 5° Celles bénéficiant d’une autorisation d’importation délivrée en application du premier alinéa de l’article L. 5124-13 du code de la santé publique et prises en charge par l’assurance maladie ;
- ㉑ « 6° Celles bénéficiant du dispositif de prise en charge prévu à l’article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée ;
- ㉒ « 7° Celles acquises par l’Agence nationale de santé publique en application de l’article L. 1413-4 du code de la santé publique.
- ㉓ « A bis (nouveau). – Sont exclus de l’assiette définie au A du présent III :
- ㉔ « 1° Les spécialités génériques définies au a du 5° de l’article L. 5121-1 du code de la santé publique ;
- ㉕ « 2° Les spécialités inscrites au répertoire des groupes génériques en application des deux dernières phrases du b du même 5° ;
- ㉖ « 3° Les médicaments hybrides définis au c dudit 5° ;
- ㉗ « 4° Les médicaments biologiques similaires définis au a du 15° du même article L. 5121-1 ;

- ②⑧ « 5° Les spécialités de références définies aux 5° et 15° dudit article L. 5121-1, lorsqu'elles sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application du II de l'article L. 162-16 du présent code ou lorsqu'elles le sont sur la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides ou pour les médicaments biologiques similaires appartenant au groupe générique, au groupe hybride ou au groupe biologique similaire concerné, en application du III du même article L. 162-16, ou lorsque leur prix de vente au public est identique à celui des spécialités du groupe générique, du groupe hybride ou du groupe biologique similaire auquel elles appartiennent ;
- ②⑨ « 6° Les spécialités de référence dont le prix de vente au public est inférieur à un seuil fixé par décret.
- ③⑩ « B. – Cette contribution supplémentaire est assise sur le chiffre d'affaires correspondant aux ventes en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées au A du présent III, sans déduction des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée, ni de toutes autres remises mentionnées à l'article L. 138-9 du présent code.
- ③⑪ « C. – Un taux de base s'applique à l'assiette de la contribution supplémentaire définie au B du présent III.
- ③⑫ « D. – Le montant de la contribution supplémentaire dû par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires, en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l'année civile considérée, au titre des spécialités mentionnées au A du présent III, après déduction des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 précitée, à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées à l'article L. 138-9 du présent code.
- ③⑬ « IV. – Les contributions de base et additionnelle sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

- ③④ « V. – A. – En cas de déclarations des contributions de base, additionnelles et supplémentaires manifestement erronées, l'organisme chargé du recouvrement des contributions fixe, en vue d'une taxation d'office, les chiffres d'affaires retenus pour le calcul de ces contributions par tous moyens, notamment en fonction des versements effectués au titre des exercices antérieurs ou des bases de données disponibles, notamment les données de remboursement de l'assurance maladie ou toute autre base de données.
- ③⑤ « B. – Lorsque les déclarations des contributions de base, additionnelles et supplémentaires n'ont pas été produites dans les délais prescrits ou ont donné lieu à la taxation d'office dans le cas prévu au A du présent V, l'organisme chargé du recouvrement des contributions met à la charge de l'entreprise redevable une majoration forfaitaire. Pour chaque contribution due, la majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du chiffre d'affaires hors taxes retenu pour le calcul des contributions de base, additionnelles et supplémentaires et, dans le cas d'un retard de déclaration, par période de quinze jours de retard. Les majorations forfaitaires peuvent être cumulatives, sans pouvoir être inférieures à 2 000 euros ni supérieures à 100 000 euros.
- ③⑥ « VI. – Les contributions de base, additionnelles et supplémentaires sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Elles sont versées de manière provisionnelle le 1^{er} juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1^{er} octobre de l'année suivant l'année au titre de laquelle les contributions sont dues. »
- ③⑦ *I bis (nouveau).* – À l'article 238 *bis* GC du code général des impôts, la référence : « IX » est remplacée par la référence : « IV ».
- ③⑧ *I ter (nouveau).* – L'article L. 5121-18 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ③⑨ 1° À la première phrase du premier alinéa, après la première occurrence du mot : « au », sont insérés les mots : « A du » ;
- ④⑩ 2° Au deuxième alinéa, la référence : « III » est remplacée par les mots : « C du I ».

- ④① II. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les montants de la contribution mentionnée à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale notifiés aux entreprises qui en sont redevables pour les années 2021 à 2024 par les organismes chargés de leur recouvrement en application du II de l'article L. 138-15 du même code, en tant qu'ils seraient contestés sur le fondement des décisions prises en application des articles L. 138-10 et L. 138-11 dudit code pour apprécier le dépassement du seuil de déclenchement de la contribution et pour fixer son assiette, aux motifs tirés, d'une part, de l'intégration des remises mentionnées à l'article L. 138-9 du même code dans le chiffre d'affaires pris en compte pour le calcul de la contribution par les entreprises redevables et, d'autre part, de l'absence de déduction de l'assiette de la contribution lorsque la différence entre le chiffre d'affaires d'une entreprise et le montant de ces remises à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées au même article L. 138-9, est négative.
- ④② III. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les montants de la contribution mentionnée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale notifiés aux entreprises qui en sont redevables pour les années 2014 à 2024 par les organismes chargés de leur recouvrement, en tant qu'ils seraient contestés sur le fondement de la prise en compte du chiffre d'affaires incluant l'ensemble des remises versées par les laboratoires, à l'exclusion des remises mentionnées à l'article L. 138-9 du même code.
- ④③ IV. – Le I est applicable pour la première fois aux contributions dues au titre de l'année 2025.
- ④④ V. – À la fin du III de l'article 29 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, le montant : « 27,25 milliards d'euros » est remplacé par le montant : « 30,60 milliards d'euros ».
- ④⑤ VI. – Pour l'année 2026, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,19 milliards d'euros.
- ④⑥ VII. – Pour l'année 2026, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du même code est fixé à 26,65 milliards d'euros.

- ④⑦ VII *bis* (nouveau). – Le montant de la contribution prévue à l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale due au titre de l'année 2026 par chaque entreprise redevable au titre des spécialités pharmaceutiques définies aux 1° à 3° du présent VII *bis* ne peut excéder 1,75 % du chiffre d'affaires réalisé par l'entreprise au titre de ces mêmes spécialités, calculé selon les modalités mentionnées à l'article L. 138-11 du code de la sécurité sociale. Ces spécialités sont :
- ④⑧ 1° Les spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;
- ④⑨ 2° Les spécialités de référence mentionnées au même article L. 5121-1 dont la base de remboursement des frais exposés par les assurés est limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité défini au II de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale ou dont le prix fixé en application de l'article L. 162-16-4 du même code est identique à celui des spécialités génériques figurant dans le même groupe générique en application du b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;
- ⑤⑩ 3° Les spécialités de référence dont le prix de vente au public est inférieur à un seuil fixé par décret.
- ⑤⑪ L'application du présent VII *bis* ne peut avoir pour effet de diminuer le montant total de la contribution calculé selon les modalités prévues à l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale. Le montant à redistribuer dû par chaque entreprise redevable est réparti au prorata de la contribution au titre des spécialités non mentionnées aux 1° à 3° du présent VII *bis*. Le cas échéant, la contribution due par chaque entreprise en application de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale peut être augmentée du montant issu de cette redistribution, sans excéder 10 % de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-10 du même code.
- ⑤⑫ VIII. – Le taux de base de la contribution dite supplémentaire mentionné au C du III de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale est fixé comme suit :
- ⑤⑬ 1° Pour l'année 2025, ce taux est fixé à 4,24 % ;
- ⑤⑭ 2° Pour l'année 2026, ce taux est fixé à 4,01 %.
- ⑤⑮ Le taux différencié mentionné au même C est fixé comme suit :
- ⑤⑯ a) Pour l'année 2025, ce taux est fixé à 1,75 % ;

- ⑤7) b) Pour l'année 2026, ce taux est fixé à 1,65 %.
- ⑤8) IX (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du A *bis* du III de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de 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.
- ⑤9) X (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du VII *bis* du présent article est compensée à due concurrence par la majoration de 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 10 bis (*nouveau*)

- ① I. – L'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est complété par un III ainsi rédigé :
- ② « III. – Ne sont toutefois pas pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article :
- ③ « 1° Les spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;
- ④ « 2° Les médicaments biologiques similaires définis au a du 15° du même article L. 5121-1 ;
- ⑤ « 3° Les médicaments hybrides définis au c du 5° dudit article L. 5121-1. »
- ⑥ II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 10 ter (*nouveau*)

- ① I. – Le II de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, est ainsi modifié :
- ② 1° Au 1°, le taux : « 70 % » est remplacé par le taux : « 50 % » ;

- ③ 2° Il est ajouté un 3° ainsi rédigé :
- ④ « 3° À concurrence de 20 %, en fonction du lieu de production des médicaments que l'entreprise exploite, importe ou distribue au sein du montant total remboursé par l'assurance maladie défini au même I.
- ⑤ « La fraction de la part de la contribution due en fonction du lieu de production est ainsi déterminée :

⑥

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

- ⑦ II. – La perte de recettes éventuelle pour les organismes de sécurité sociale résultant du I est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 11

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 162-18 est ainsi modifié :
- ③ a) À la dernière phrase du premier alinéa du II, les mots : « dernier alinéa du I » sont remplacés par les mots : « troisième alinéa du III » ;
- ④ b) Le III est ainsi modifié :
- ⑤ – au début, sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑥ « III. – Les remises conventionnelles prévues aux I et II sont versées par les entreprises de manière provisionnelle, à parts égales, chaque trimestre de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant cumulé représentant 95 % du montant dû aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 au titre de l'antépénultième année civile.
- ⑦ « Une régularisation, portant sur la différence entre la somme des acomptes versés et le montant de la remise due, intervient pendant l'année civile suivant celle au titre de laquelle ces remises sont dues. » ;
- ⑧ – au début, la mention : « III. – » est supprimée ;
- ⑨ – au début de la première phrase, le mot : « Les » est remplacé par le mot : « Ces » ;
- ⑩ – il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale rend publics, pour chaque entreprise concernée, les remises, les prix nets, les tarifs nets et les coûts nets ainsi que le niveau de régularisation par rapport à l'acompte. » ;
- ⑫ 2° Après le II de l'article L. 165-4, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :
- ⑬ « II *bis*. – Les remises conventionnelles prévues aux I et II du présent article sont versées par les entreprises concernées de manière provisionnelle, à parts égales, chaque trimestre de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant cumulé correspondant à 95 % du montant dû aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 au titre de l'antépénultième année civile.

- ⑭ « Une régularisation, portant sur la différence entre la somme des acomptes versés et le montant de la remise due, intervient pendant l'année civile suivant celle au titre de laquelle ces remises sont dues.
- ⑮ « Ces remises sont recouvrées par les organismes mentionnés au même article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, les tarifs nets ou les coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises.
- ⑯ « L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale rend publics, pour chaque entreprise concernée, les remises, les prix nets, les tarifs nets et les coûts nets ainsi que le niveau de régularisation par rapport à l'acompte. »
- ⑰ II. – Pour l'année 2026 et à titre transitoire, les remises conventionnelles prévues aux I et II de l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2025 et 2026 sont versées par les entreprises mentionnées au I du même article L. 162-18 de manière provisionnelle selon les modalités suivantes.
- ⑱ A. – Pour les remises dues au titre de l'année 2025, la somme des versements provisionnels est égale à 95 % du montant des remises dues aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du même code obtenu au titre de l'année 2024 et fait l'objet de deux versements :
- ⑲ 1° De 75 % le 1^{er} juin 2026 ;
- ⑳ 2° De 25 % le 1^{er} septembre 2026.
- ㉑ Une régularisation, portant sur la différence entre la somme des acomptes versés et le montant de la remise due, intervient au plus tard le 31 décembre 2026.
- ㉒ B. – Pour les remises dues au titre de l'année 2026, la somme des versements provisionnels est égale à 95 % du montant dû aux organismes mentionnés au même article L. 213-1 au titre de l'année 2024, et fait l'objet de deux versements égaux :
- ㉓ 1° De 50 % le 1^{er} septembre 2026 ;
- ㉔ 2° De 50 % le 1^{er} décembre 2026.
- ㉕ Une régularisation, portant sur la différence entre la somme des acomptes versé et le montant de la remise due, intervient au plus tard le 31 décembre 2027.

②⑥ III. – Le I du présent article s’applique pour la première fois aux remises dues au titre de l’année 2027.

②⑦ IV. – Un décret en Conseil d’État précise les modalités d’application du présent article, qui s’applique aux conventions en cours. Il peut prévoir des modalités particulières pour le calcul du montant des versements provisionnels ou des exonérations de ces versements, notamment lorsqu’il n’est pas pertinent de se référer au montant de la remise de l’antépénultième année ou lorsqu’un changement de situation concernant l’entreprise ou le produit est susceptible d’entraîner une variation significative de la remise due.

Article 11 bis (nouveau)

① Le I de l’article 1613 bis du code général des impôts est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Toutes les boissons alcoolisées titrant plus de 1,2 % vol et comportant une adjonction de substances actives ayant un effet stimulant sur le corps, notamment la caféine, la taurine et la guaranine, font l’objet de la même taxe. Un décret précise les substances. »

Article 11 ter (nouveau)

① I. – La section III 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. – Les metteurs sur le marché de produits entrant dans le champ d’application 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 sont assujettis à une contribution assise sur le chiffre d’affaires hors taxes. Son taux est de 5 %.

- ③ « Les metteurs sur le marché de produits bénéficiant d'un des signes nationaux ou européens de qualité dont la liste est définie par décret ne sont pas assujettis à cette contribution.
- ④ « Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que les taxes sur le chiffre d'affaires. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à ces mêmes taxes.
- ⑤ « II. – Le produit de cette contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- ⑥ « III. – La contribution prévue au I du présent article n'est pas due lorsque l'entreprise respecte les obligations prévues à l'article L. 3232-8 du code de la santé publique. »
- ⑦ II. – Le premier alinéa de l'article L. 3232-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑧ 1° Après la dernière occurrence du mot : « Commission, », sont insérés les mots : « à l'exception des produits bénéficiant d'un signe national ou européen de qualité dont la liste est définie par décret, » ;
- ⑨ 2° Les mots : « peut être accompagnée » sont remplacés par les mots : « s'accompagne ».

Article 11 quater (nouveau)

- ① Après le premier alinéa de l'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Pour les établissements titulaires d'une autorisation de jeux mentionnée à l'article L. 321-1 du code de la sécurité intérieure, seules les dépenses de publicité afférentes à l'activité de jeux d'argent sont incluses dans l'assiette de la contribution prévue au présent article. »

Article 11 quinquies (nouveau)

- ① I. – Au a de l'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 1,5 % » est remplacé par le taux : « 1,3 % ».
- ② II. – Le I s'applique à la contribution prévue à l'article L. 138-1 du même code due à compter de l'exercice 2026.

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

Article 11 *sexies* (nouveau)

- ① I. – L'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 138-9. – I. – Les remises, les ristournes et les avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-3 du code de commerce, consentis par les fournisseurs des officines en spécialités pharmaceutiques remboursables ne peuvent excéder, par année civile et par ligne de produits, pour chaque officine, un plafond fixé à 2,5 % du prix fabricant hors taxes de ces spécialités.
- ③ « II. – A. – Le plafond mentionné au I du présent article est porté à 40 % du prix fabricant hors taxes :
- ④ « 1° Pour les spécialités génériques définies au *a* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et pour les spécialités de référence définies au même *a* dont le prix de vente au public est identique à celui des autres spécialités du groupe générique auquel elles appartiennent ;
- ⑤ « 2° Pour les spécialités inscrites au répertoire des groupes génériques en application des deux dernières phrases du *b* du même 5° ;
- ⑥ « 3° Pour les spécialités hybrides substituables figurant au registre mentionné au dernier alinéa de l'article L. 5121-10 du même code et pour les spécialités de référence substituables figurant au registre mentionné au même dernier alinéa dont le prix de vente est identique à celui des autres spécialités du registre des groupes hybrides auquel elles appartiennent.
- ⑦ « B. – Pour les spécialités de référence soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité en application du II de l'article L. 162-16 du présent code, le plafond est fixé à 40 % du prix fabricant hors taxes correspondant au tarif forfaitaire de responsabilité.

- ⑧ « III. – Le plafond mentionné au I du présent article est porté à 20 % du prix fabricant hors taxes :
- ⑨ « 1° Pour les médicaments biologiques similaires substituables dans les conditions prévues à l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique ;
- ⑩ « 2° Pour les spécialités de référence dont le prix de vente est identique à celui des médicaments biologiques similaires substituables dans les conditions prévues au même article L. 5125-23-2.
- ⑪ « IV. – Pour l'application des plafonds mentionnés aux II et III du présent article, il n'est pas tenu compte du montant de la marge prévue à l'article L. 162-38 que le fournisseur rétrocède le cas échéant à l'officine.
- ⑫ « V. – Les infractions au présent article sont passibles des sanctions pénales applicables aux infractions mentionnées à l'article L. 162-38. Ces infractions sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce.
- ⑬ « Toutefois, ce plafonnement ne s'applique pas pendant la durée de validité d'un accord de bonnes pratiques commerciales, agréé par le ministre chargé de la sécurité sociale, conclu entre les organisations représentatives des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et celles des pharmaciens d'officine. »
- ⑭ II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026. Il est applicable aux contrats de fourniture de spécialités pharmaceutiques remboursables conclus ou renouvelés après cette date et, s'agissant des contrats en cours d'exécution, à l'expiration d'un délai de trois mois après la date de leur prise d'effet.
- ⑮ III. – Avant le 1^{er} octobre 2027 et à l'issue d'une concertation avec la Caisse nationale de l'assurance maladie, le Comité économique des produits de santé et les organisations syndicales représentatives des exploitants et des distributeurs de spécialités pharmaceutiques remboursables, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant l'incidence des plafonds de remise applicables à compter du 1^{er} janvier 2026 sur les taux effectifs de remise pratiqués et sur les niveaux de pénétration du marché par les spécialités pharmaceutiques concernées ainsi que des hypothèses d'évolution du modèle de rémunération de la substitution des médicaments génériques, hybrides et biosimilaires par les pharmaciens d'officine.

- ⑫ IV. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I du présent article est compensée à due concurrence par la majoration de 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 septies (nouveau)

- ① I. – L'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :
- ③ « I *bis*. – Toutes les entreprises qui produisent, vendent ou importent du *n*-hexane à partir du 1^{er} janvier 2026 sont assujetties à une contribution, quel que soit leur chiffre d'affaires. Le taux de la contribution est fixé à 0,3 centime d'euro par litre. » ;
- ④ 2° Sont ajoutés des III et IV ainsi rédigés :
- ⑤ « III. – Pour les produits mentionnés au I *bis*, les sommes collectées permettent, pour 50 %, d'accompagner les industriels dans la conversion de leur outil à des solutions ne requérant pas l'utilisation de la substance mentionnée au même I *bis* et, pour 50 %, de financer des actions de prévention.
- ⑥ « IV. – Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. »
- ⑦ II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Article 12

- 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 : « 63,25 % » est remplacé par le taux : « 62,73 % » ;
- ⑤ – à la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 20,93 % » est remplacé par le taux : « 20,39 % » ;

- ⑥ – à la fin du dernier alinéa, le taux : « 5,08 % » est remplacé par le taux : « 6,14 % » ;
- ⑦ b) Au *b* du 2°, la référence : « 4° » est remplacée par la référence : « 3° » ;
- ⑧ c) Le 3° est ainsi modifié :
- ⑨ – au deuxième alinéa du *a*, les mots : « aux 1° du I, au » sont remplacés par les mots : « au 1° des I et » ;
- ⑩ – le même *a* est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « – 0,3 % pour les revenus mentionnés au 2° du II du même article L. 136-8 ; »
- ⑫ – au début du cinquième alinéa du *b*, le taux : « 1,88 % » est remplacé par le taux : « 2,53 % » ;
- ⑬ – au *d*, les mots : « sur les revenus d’activité » sont supprimés ;
- ⑭ d) Au 4°, la référence : « 4° » est remplacée par la référence : « 3° » ;
- ⑮ e) (*Supprimé*)
- ⑯ f) Le 5° est remplacé par des 5° et 5° *bis* ainsi rédigés :
- ⑰ « 5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14 et L. 137-18 est versé :
- ⑱ « a) À la branche mentionnée au 3° de l’article L. 200-2 pour 93,98 % ;
- ⑲ « b) À la branche mentionnée au 1° du même article L. 200-2 pour 6,02 % ;
- ⑳ « 5° *bis* Le surplus du produit des prélèvements mentionné au second alinéa de l’article L. 137-24 est versé :
- ㉑ « a) À la branche mentionnée au 4° de l’article L. 200-2 pour 66 % ;
- ㉒ « b) À la branche mentionnée au 1° du même article L. 200-2 pour 34 % ; »
- ㉓ 2° Au premier alinéa de l’article L. 137-14, les mots : « des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « d’assurance vieillesse et de la Caisse nationale de l’assurance maladie » ;

- ②④ 2° bis À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 137-18, les mots : « des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « d'assurance vieillesse et à la Caisse nationale de l'assurance maladie » ;
- ②⑤ 3° Le second alinéa de l'article L. 137-24 est complété par les mots : « et à la Caisse nationale de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 131-8 » ;
- ②⑥ 4° L'article L. 222-2-1 est ainsi modifié :
- ②⑦ a) Au premier alinéa du 2°, les mots : « le régime général, » sont supprimés ;
- ②⑧ b) Le 3° est abrogé.
- ②⑨ II. – Au dernier alinéa de l'article L. 38 du code des pensions civiles et militaires de retraite, les mots : « supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse institué par les articles L. 811-1 et L. 815-2 » sont remplacés par les mots : « de solidarité aux personnes âgées instituée à l'article L. 815-1 ».
- ③⑩ III. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ③⑪ 1° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 723-11 est ainsi modifié :
- ③⑫ a) Les mots : « dont les modalités sont déterminées » sont remplacés par les mots : « dans des conditions prévues 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 » ;
- ③⑬ b) (*nouveau*) La deuxième occurrence du mot : « et » est remplacée par les mots : « . Cette convention est » ;
- ③⑭ c) Après les mots : « recouvrement des », il est inséré le mot : « autres » ;
- ③⑮ 2° Le 3° du III de l'article L. 725-3 est abrogé.
- ③⑯ IV. – (*Supprimé*)
- ③⑰ V. – À la fin de la première phrase du B du VI de l'article 6 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, l'année : « 2025 » est remplacée par l'année : « 2027 ».

- ③⑧ VI. – 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 modifié :
- ③⑨ 1° La dernière phrase du premier alinéa du VI est supprimée ;
- ④⑩ 2° Après le VI, il est inséré un VI *bis* ainsi rédigé :
- ④⑪ « VI *bis*. – La Caisse nationale des industries électriques et gazières enregistre les opérations relatives à la contribution tarifaire dans une section comptable spécifique.
- ④⑫ « Lorsque, à la clôture d'un exercice, cette section comptable présente un résultat excédentaire, une somme, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite de ce résultat, est transférée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse, qui l'enregistre en fonds propres dans ses comptes. Les modalités de versement des sommes correspondantes sont déterminées par le même arrêté. » ;
- ④⑬ 3° (*Supprimé*)
- ④⑭ VII. – Par dérogation au *e* du 3° et au *a* du 3° *bis* de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, les sommes mentionnées aux mêmes *e* et *a* sont affectées pour l'exercice 2025 au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code.

Article 12 *bis* (nouveau)

- ① I. – L'article L. 3332-1 du code général des collectivités territoriales, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025, est complété par un 11° ainsi rédigé :
- ② « 11° Le produit des contributions mentionnées à l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, dans les conditions précisées à l'article L. 131-8 du même code. »
- ③ II. – L'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ④ 1° Le *f* du 3° est ainsi modifié :
- ⑤ *a*) À la fin, le taux : « 2,08 % » est remplacé par le taux : « 2,04 % » ;
- ⑥ *b*) À la fin, le taux : « 2,04 % » est remplacé par le taux : « 2,00 % » ;

- ⑦ 2° Le même 3° est complété par un *g* ainsi rédigé :
- ⑧ « *g*) Aux départements, selon des modalités précisées par décret, pour les contributions mentionnées au 1° du I, aux 1° et 2° du II et aux III et III *bis* de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 0,04 % ; »
- ⑨ 3° À la fin du *g* dudit 3°, tel qu'il résulte du 2° du présent II, le taux : « 0,04 % » est remplacé par le taux : « 0,08 % » ;
- ⑩ 4° Le *c* du 3° *bis* est ainsi modifié :
- ⑪ *a*) À la fin, le taux : « 2,08 % » est remplacé par le taux : « 2,04 % » ;
- ⑫ *b*) À la fin, le taux : « 2,04 % » est remplacé par le taux : « 2,00 % » ;
- ⑬ 5° Le même 3° *bis* est complété par un *d* ainsi rédigé :
- ⑭ « *d*) Aux départements, selon des modalités précisées par décret, pour la part correspondant à un taux de 0,04 % ; »
- ⑮ 6° À la fin du *d* dudit 3° *bis*, tel qu'il résulte du 5° du présent II, le taux : « 0,04 % » est remplacé par le taux : « 0,08 % ».
- ⑯ III. – A. – Le *a* du 1°, le 2°, le *a* du 4° et le 5° du II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026.
- ⑰ B. – Le *b* du 1°, le 3°, le *b* du 4° et le 6° du II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.
- ⑱ IV. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant des I et II est compensée à due concurrence par la majoration de 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 12 *ter* (nouveau)

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

Article 12 quater (nouveau)

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du second alinéa de l'article L. 114-19-1, les mots : « le 31 décembre de l'année en cours » sont remplacés par les mots : « un mois après qu'il a été adressé à l'administration fiscale » ;
- ③ 2° À la première phrase de l'article L. 613-6, après le mot : « impôts », sont insérés les mots : « qui entrent dans le champ d'application de l'article L. 7342-1 du code du travail ».

Article 12 quinquies (nouveau)

- ① I. – Au 1° du II de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du a du 2° du III de l'article 18 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, les mots : « aux articles L. 241-13 et L. 241-17 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 241-13 ».
- ② II. – Le 1° de l'article L. 5134-31 du code du travail est ainsi modifié :
 - ③ 1° À la fin de la première phrase, les mots : « , sans qu'il soit fait application des dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale » sont supprimés ;
 - ④ 2° La seconde phrase est supprimée.
- ⑤ III. – Les II et III de l'article 31 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 sont abrogés.
- ⑥ IV. – La perte de recettes pour l'État résultant des I à 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 I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Article 12 *sexies* (nouveau)

- ① Après le premier alinéa de l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Cependant, les personnes étrangères ressortissantes d'un État non-membre de l'Union européenne ou non-partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse qui sont titulaires d'un visa de long séjour valant titre de séjour mention "visiteur" sont tenues d'acquitter une cotisation spécifique, dans des conditions fixées par décret, qui subordonne l'ouverture et le maintien de leurs droits à la prise en charge de leurs frais de santé. Ce décret précise les conditions dans lesquelles certaines populations peuvent être exemptées de cette contribution pour assurer le respect des conventions internationales. »

Article 12 *septies* (nouveau)

- ① I. – À la première phrase du 7° *bis* de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « , dans la limite d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget, » sont supprimés.
- ② II. – Le I du présent article s'applique aux compensations mentionnées au 7° *bis* de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale qui sont dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2026.
- ③ III. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I du présent article est compensée à due concurrence par la majoration de 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 12 *octies* (nouveau)

- ① I. – La seconde phrase du 7° de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale est supprimée.
- ② II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I du présent article est compensée à due concurrence par la majoration de 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 12 *nonies* (nouveau)

- ① L'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le I est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa, le taux : « 25 % » est remplacé par le taux : « 35 % » ;
- ④ b) Au second alinéa, le taux : « 40 % » est remplacé par le taux : « 50 % » ;
- ⑤ 2° Le III est ainsi modifié :
- ⑥ a) À la fin du 1°, le taux : « 25 % » est remplacé par le taux : « 35 % » ;
- ⑦ b) À la fin du 2°, le taux : « 40 % » est remplacé par le taux : « 50 % ».

Article 12 *decies* (nouveau)

Le II de l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Article 12 *undecies* (nouveau)

- ① Le II de l'article L. 613-6-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin du 1°, le montant : « 7 500 euros » est remplacé par le montant : « 3 250 euros ».
- ③ 2° Au 2°, le montant : « 7 500 euros » est remplacé par le montant : « 15 000 euros ».

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 13

Est approuvé le montant de 5,7 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 4 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Article 14

- ① Pour l'année 2026 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	255,0	267,5	-12,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,1	18,0	-1,0
Vieillesse.....	304,5	307,5	-3,0
Famille	60,1	59,4	0,7
Autonomie	41,8	43,5	-1,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	659,5	676,9	-17,5

Article 15

- ① I. – Pour l'année 2026, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16,4 milliards d'euros.

- ② II. – Pour l’année 2026, 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 16

- ① Sont habilités en 2026 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir les besoins de financement des régimes dont ils gèrent la trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

②

(En millions d’euros)

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale.....	83 000
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire	360
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	450
Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales	13 400

Article 16 bis (nouveau)

- ① Le premier alinéa de l’article L. 139-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le mot : « an », il est inséré le mot : « , prioritairement » ;
- ③ 2° Après le mot : « consignations », il est inséré le mot : « subsidiairement ».

Article 17

(Supprimé)

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2026

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Article 18

(Supprimé)

Article 18 bis (nouveau)

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au B du I de l'article L. 133-4, après la première occurrence du mot : « délivrés », sont insérés les mots : « , lorsqu'il n'a pas été satisfait à l'obligation de télétransmission de l'acte de remise mentionnée à l'article L. 165-1-3, » ;
- ③ 2° Après l'article L. 165-1-8, il est inséré un article L. 165-1-9 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 165-1-9.* – Le remboursement par l'assurance maladie obligatoire et par l'assurance maladie complémentaire des lentilles de contact est subordonné à la télétransmission, par l'opticien-lunetier qui délivre le produit à l'assuré, d'un acte de délivrance destiné à assurer la traçabilité.
- ⑤ « Cet acte, exclusivement destiné à des fins de suivi et de contrôle, n'est facturable ni à l'assuré ni aux organismes complémentaires et ne peut donner lieu à aucun dépassement.

- ⑥ « La télétransmission comporte au minimum l'identification de l'assuré par l'utilisation obligatoire de la carte Vitale, l'identification du professionnel par l'utilisation obligatoire de la carte de professionnel de santé, le numéro d'inscription au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé du prescripteur, la date de la prescription médicale, la référence du produit remis ainsi que la date et le lieu de délivrance. Elle est assortie d'une authentification du retrait par l'assuré selon des modalités fixées par décret.
- ⑦ « Le non-respect de l'obligation prévue au présent article est passible des sanctions mentionnées à l'article L. 114-17-1 et emporte, le cas échéant, l'absence de prise en charge des produits facturés par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.
- ⑧ « Un décret précise les modalités d'application du présent article, notamment les formats d'échange et les garanties d'authentification et de confidentialité. »
- ⑨ II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2026. Un décret peut prévoir une entrée en vigueur anticipée à titre expérimental dans un nombre limité de départements, pour une durée maximale de dix-huit mois.

Article 18 ter (nouveau)

- ① I. – À titre expérimental, l'État peut autoriser, pour une durée de trois ans, dans au plus trois régions dont une située dans un territoire d'outre-mer, la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des actes de prélèvements consécutifs aux sévices subis par les victimes de violences sexuelles et sexistes, dans un délai d'un mois à compter des faits, quel que soit l'âge de la victime, même en l'absence de dépôt de plainte.
- ② II. – Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue au I sont définies par décret. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à l'expérimentation mentionnée au même I, dans la limite de trois régions.
- ③ III. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation portant notamment sur :
 - ④ 1° L'accès effectif des victimes à la prise en charge intégrale ;

- ⑤ 2° L'impact de la mesure sur la santé physique et psychique des victimes ;
- ⑥ 3° Les incidences de la mesure sur le déroulement des procédures pénales en cours ou à venir ;
- ⑦ 4° Les conditions de mise en œuvre pour les professionnels de santé et pour les organismes d'assurance maladie ;
- ⑧ 5° La pertinence d'une généralisation du dispositif à l'ensemble du territoire.

Article 18 quater (nouveau)

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et aux prestations réalisés dans une structure de médecine d'urgence prévus au second alinéa du 2° de l'article L. 162-22-8-2 et au quatrième alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, du point de vue de son coût pour la sécurité sociale et de son effet sur les possibilités d'accès des assurés aux soins d'urgence.

Article 19

- ① Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre II est complété par une section 15 ainsi rédigée :
- ③ « Section 15
- ④ « ***Prise en charge de prestations d'accompagnement préventif à destination des assurés souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une affection de longue durée***
- ⑤ « Art. L. 162-63. – Les assurés sociaux souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une affection relevant 3° et 4° de l'article L. 160-14 et inscrite sur une liste peuvent bénéficier d'un parcours d'accompagnement préventif sur prescription médicale. Les critères d'inscription sur cette liste sont déterminés par un décret pris après avis de la Haute Autorité de santé.

- ⑥ « La prescription médicale du parcours d’accompagnement préventif est adressée pour avis au service du contrôle médical de la caisse d’assurance maladie dont relève l’assuré. À défaut d’observations dans un délai fixé par voie réglementaire, l’avis est réputé favorable. Le directeur de l’organisme notifie à l’assuré et à son médecin traitant la décision statuant sur son admission dans le parcours d’accompagnement préventif.
- ⑦ « Ce parcours d’accompagnement préventif peut être organisé sous la forme d’un parcours coordonné renforcé mentionné à l’article L. 4012-1 du code de la santé publique, dans des conditions fixées par décret en Conseil d’État. Ce parcours ne peut faire l’objet d’une facturation de dépassements d’honoraires. » ;
- ⑧ 2° Le 9° de l’article L. 160-8 est complété par les mots : « et à l’article L. 162-63 du présent code ».

Article 20

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du c du 2° de l’article L. 1431-2, après le mot : « population, », sont insérés les mots : « elles organisent l’activité de vaccination, » ;
- ③ 2° Au neuvième alinéa de l’article L. 1432-2, les mots : « aux articles L. 1423-2 et L. 3111-11 » sont remplacés par les mots : « à l’article L. 1423-2 » ;
- ④ 3° Après l’article L. 3111-2, il est inséré un article L. 3111-2-1 ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 3111-2-1.* – Sous réserve d’une recommandation préalable en ce sens de la Haute Autorité de santé, la vaccination contre la grippe est obligatoire, sauf contre-indication médicale reconnue, pour les personnes résidant dans l’un des établissements mentionnés au I de l’article L. 313-12 du code de l’action sociale et des familles pendant la période épidémique.
- ⑥ « Un décret en Conseil d’État, pris après avis de la Haute Autorité de santé, définit les conditions de mise en œuvre de cette obligation. » ;

- ⑦ 4° L'article L. 3111-4 est ainsi modifié :
- ⑧ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑨ – au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ⑩ – après le mot : « prévention », il est inséré le signe : « , » ;
- ⑪ a bis) (*nouveau*) Au quatrième alinéa, les mots : « à l'alinéa premier » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa du présent I » ;
- ⑫ b) Avant le dernier alinéa, sont insérés des II et III ainsi rédigés :
- ⑬ « II. – Sous réserve d'une recommandation préalable en ce sens de la Haute Autorité de santé, les professionnels de santé exerçant, à titre libéral, une profession figurant sur une liste établie par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé doivent être vaccinés contre la grippe, sauf contre-indication médicale reconnue. Ce décret détermine les professions concernées en fonction des risques de contamination auxquelles elles sont exposées ou qu'elles sont susceptibles d'induire pour les personnes dont elles ont la charge.
- ⑭ « III. – Les personnes exerçant une profession de santé mentionnée à la quatrième partie du présent code ou une profession mentionnée au livre IV du code de l'action sociale et des familles dont la liste est établie par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé doivent, sauf contre-indication médicale reconnue, être immunisées contre la rougeole.
- ⑮ « La même obligation s'applique, sous la même réserve, au personnel des établissements de santé et des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du même code assurant l'accueil, la prise en charge ou l'accompagnement d'enfants ainsi qu'au personnel des établissements d'accueil des enfants de moins de six ans, au sens de l'article L. 2324-1 du présent code. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé, établit la liste des professions, des établissements et services et des activités soumis à cette obligation, compte tenu des risques particuliers encourus, en cas d'exposition à la rougeole, par les personnes immunodéprimées et les jeunes enfants.
- ⑯ « Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice de professions figurant dans le décret en Conseil d'État mentionné aux premier ou deuxième alinéas du présent III doit être immunisé contre la rougeole.

- ⑰ « Lorsque la vaccination d'une personne à laquelle s'applique l'obligation d'immunisation est nécessaire, elle est réalisée, en l'absence de vaccin monovalent contre la rougeole, avec un vaccin trivalent associant rougeole, oreillons et rubéole. » ;
- ⑱ c) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – » ;
- ⑲ 5° L'article L. 3111-11 est ainsi rédigé :
- ⑳ « Art. L. 3111-11. – I. – Le directeur général de l'agence régionale de santé habilite, en fonction des besoins recensés au niveau régional, un ou plusieurs centres de vaccination qui procèdent gratuitement à des vaccinations. Les collectivités territoriales qui mettent en œuvre une telle activité de vaccination peuvent être habilitées à ce titre.
- ㉑ « II. – Les centres de vaccination participent à la mise en œuvre de la politique vaccinale. À ce titre, ils assurent :
- ㉒ « 1° Une activité de vaccination à titre gratuit, dans le respect du calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 3111-1 ;
- ㉓ « 2° Une activité de promotion de la vaccination, notamment par des actions d'information à destination de la population ;
- ㉔ « 3° Des activités de sensibilisation et de formation à la vaccination à destination des professionnels de santé et des professionnels des secteurs social et médico-social.
- ㉕ « Ils contribuent en outre à l'orientation des usagers dans le système de soins.
- ㉖ « Les centres de vaccination peuvent exercer leurs missions en dehors de leurs structures.
- ㉗ « III. – Les dépenses afférentes aux centres habilités en application du I du présent article sont prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

- ②⑧ « IV. – Selon des modalités définies par décret, la Caisse nationale de l'assurance maladie peut négocier, pour le compte des établissements, organismes et collectivités territoriales habilités, les conditions d'acquisition des vaccins destinés à être administrés dans les centres de vaccination et qui sont inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. »
- ②⑨ II. – Le premier alinéa de l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③⑩ 1° La deuxième occurrence du mot : « et » est remplacée par le signe : « , » ;
- ③⑪ 2° Après la deuxième occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « et les dépenses des centres de vaccination gérés par les établissements, organismes et collectivités territoriales habilités sur le fondement du I de l'article L. 3111-11 dudit code ».
- ③⑫ III. – Les 1°, 2° et 5° du I et le II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.
- ③⑬ Toutefois, lorsque le terme d'une convention conclue, en application du deuxième alinéa de l'article L. 3111-11 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi, entre une collectivité territoriale et l'État pour l'exercice d'activités de vaccination est postérieur au 31 décembre 2025 et antérieur au 1^{er} janvier 2027, elle est prolongée jusqu'au 31 décembre 2026. Si la collectivité souhaite poursuivre des activités de vaccination en application du I de l'article L. 3111-11 du même code dans sa rédaction résultant de la présente loi, elle adresse au directeur général de l'agence régionale de santé une demande d'habilitation au plus tard le 30 juin 2026. Le silence gardé par le directeur général de l'agence régionale de santé sur la demande d'habilitation vaut acceptation à l'expiration d'un délai de quatre mois à compter de la réception du dossier complet de la demande. À l'inverse, les conventions dont le terme est postérieur au 31 décembre 2026 deviennent caduques à compter de cette date.
- ③⑭ IV. – Le III de l'article 38 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il s'applique aux enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2023. »

Article 20 bis (nouveau)

- ① L'article L. 3111-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ② « Les médecins généralistes sont autorisés à détenir et à conserver le vaccin contre la grippe saisonnière, en vue de son administration aux personnes relevant des recommandations vaccinales figurant au calendrier prévu au premier alinéa du présent article.
- ③ « Un décret en Conseil d'État précise les conditions de détention, de conservation et de traçabilité de ce vaccin. »

Article 20 ter (nouveau)

- ① Après l'article L. 4211-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4211-3-1 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 4211-3-1. – Sans préjudice de l'article L. 4211-3, tout médecin peut détenir des vaccins sur son lieu d'exercice afin de pouvoir procéder à la vaccination des patients qui en font la demande. »

Article 20 quater (nouveau)

- ① Après le 4° du II de l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 4° bis ainsi rédigé :
- ② « 4° bis Les modalités d'application du tiers payant pour les séances mentionnées au I, afin de permettre aux patients d'être dispensés de l'avance de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie ; ».

Article 20 quinquies (nouveau)

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

Article 20 sexies (nouveau)

- ① L'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ainsi modifié :
- ② 1° Le I est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa, l'année : « 2025 » est remplacée par l'année : « 2027 » ;
- ④ b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
« Le ministre chargé de la santé arrête la liste des territoires participant à l'expérimentation, dans la limite de deux régions. » ;
- ⑤ c) La première phrase du second alinéa est complétée par les mots : « , qui peuvent permettre l'hébergement de ces usagers » ;
- ⑥ 2° Après le mot : « sur », la fin du IV est ainsi rédigée : « l'amélioration des parcours de prise en charge des usagers et de la tranquillité publique. »

Article 20 septies (nouveau)

À la seconde phrase du II de l'article 68 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre ».

Article 20 octies (nouveau)

- ① Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 79 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

- ② Ce rapport dresse un bilan du dispositif « mon soutien psy » et des conséquences en matière de restrictions des conditions d'accès aux soins psychiques. Il évalue l'évolution du nombre de professionnels engagés dans le dispositif, notamment au regard du tarif actuel de prise en charge des séances, et ses conséquences sur la fréquentation des centres médico-psychologiques et médico-psycho-pédagogiques ainsi que l'impact des restrictions du nombre de séances remboursées et du degré de gravité du mal-être des patients sur la qualité de la prise en charge. Ce rapport considère enfin l'éventualité d'un arrêt du dispositif en vue de réaffecter les crédits alloués à « mon soutien psy » au recrutement de psychologues dans les centres médico-psychologiques et les centres médico-psycho-pédagogiques et à la revalorisation de leurs salaires et conditions de travail.

Article 20 nonies (nouveau)

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de l'article 40 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024. Ce rapport évalue l'impact financier de la prise en charge des protections périodiques réutilisables au delà de l'âge de 26 ans.

Article 20 decies (nouveau)

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant la mise en œuvre du 2° du I de l'article 59 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Article 20 undecies (nouveau)

Dans un délai de six mois à partir de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'article 97 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Article 20 duodecies (nouveau)

- ① Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 49 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

- ② Ce rapport évalue l'effectivité de la mise en place des bilans de santé des mineurs pris en charge par l'aide sociale à l'enfance introduits par la même loi et figurant à l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles. Ce rapport présente notamment l'état de la réalisation de ces bilans de santé sur le territoire national et les actions mises en œuvre pour garantir leur effectivité.

Article 21

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 162-5-11 est ainsi rétabli :
- ③ « Art. L. 162-5-11. – I. – Lors de leur stage réalisé en application du premier alinéa du II de l'article L. 632-2 du code de l'éducation, les étudiants en médecine générale facturent les soins qu'ils délivrent pour le compte du praticien agréé maître de stage ou de la structure agréée comme lieu de stage. Ils sont tenus d'appliquer, pour la tarification des soins qu'ils délivrent, les règles fixées par la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du présent code. Ces tarifs ne peuvent donner lieu à dépassement et les assurés qu'ils prennent en charge sont dispensés de l'avance de frais pour leur part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.
- ④ « Par dérogation aux articles L. 161-36-2 et L. 161-36-3, les frais facturés en tiers payant ne donnent lieu au versement au praticien ou à la structure susmentionnée ni de la part prise en charge par les régimes susmentionnés ni de la participation prise en charge en application du 1° de l'article L. 861-3.
- ⑤ « II. – Le paiement de la rémunération des étudiants en dernière année du diplôme d'études spécialisées de médecine générale est assuré par le centre hospitalier universitaire auquel ils sont rattachés.
- ⑥ « III. – Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑦ 2° Le I de l'article L. 162-14-1 est complété par un 10° ainsi rédigé :
- ⑧ « 10° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles la facturation de certains actes ou prestations peut être réservée à ceux réalisés dans des structures spécialisées en soins non programmés définies à l'article L. 6323-6 du même code. »

- ⑨ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑩ 1° L'article L. 1435-4-3 est ainsi rétabli :
- ⑪ « Art. L. 1435-4-3. – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné et spécialisé en médecine générale, qui n'est pas installé en cabinet libéral ou dont l'installation date de moins d'un an, un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire, sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux rémunérations de ses activités de soins lorsque celles-ci sont inférieures à un seuil. Ladite rémunération complémentaire ne peut dépasser un ratio de 10 % des rémunérations versées au médecin.
- ⑫ « Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage à :
- ⑬ « 1° Exercer la médecine générale à titre libéral, pendant une durée fixée par le contrat, qui ne peut être inférieure à deux ans, dans une zone définie comme prioritaire par l'agence régionale de santé ;
- ⑭ « 2° Respecter les tarifs opposables ;
- ⑮ « 3° Participer, dans des conditions fixées par le contrat, à des actions définies par l'agence régionale de santé en matière d'accès aux soins, de permanence et de continuité des soins et de coordination des soins ;
- ⑯ « 4° Contribuer à l'enseignement et à la formation universitaire en médecine générale.
- ⑰ « Un contrat est conclu avec l'université au titre de cet engagement. Il est joint au contrat mentionné au premier alinéa.
- ⑱ « Dans les collectivités relevant de l'article 73 de la Constitution, la définition des zones prioritaires mentionnées au présent article tient compte des spécificités géographiques, démographiques et organisationnelles propres à ces territoires, notamment l'éloignement, l'insularité, la dispersion de l'habitat ainsi que les difficultés particulières d'accès aux soins. Cette définition fait l'objet d'une concertation préalable avec les collectivités territoriales, les ordres professionnels concernés et les agences régionales de santé.
- ⑲ « Le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire est renouvelable une fois.

- ⑳ « Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les conditions dans lesquelles le bénéfice du contrat prévu au présent article peut être cumulé avec les autres dispositifs d'aide destinés aux médecins s'installant dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante au sens de l'article L. 1434-4. » ;
- ㉑ 2° Au dernier alinéa du I de l'article L. 1435-5, après la seconde occurrence du mot : « la », sont insérés les mots : « garde de » ;
- ㉒ 3° Au dernier alinéa du I de l'article L. 5125-4, après le mot : « voie », sont insérés les mots : « de création, » ;
- ㉓ 4° Après le chapitre III *quater* du titre II du livre III de la sixième partie, il est inséré un chapitre III *quinquies* ainsi rédigé :
- ㉔ « CHAPITRE III QUINQUIES
- ㉕ « **Structures spécialisées en soins immédiats non programmés**
- ㉖ « Art. L. 6323-6. – Une structure spécialisée en soins immédiats non programmés est une structure sanitaire de proximité :
- ㉗ « 1° Assurant, en fonction de l'offre de soins présente sur le territoire ou en complémentarité avec celle-ci à titre principal, des missions relatives à la prise en charge des soins immédiats non programmés relevant de la médecine ambulatoire lorsque le pronostic vital et fonctionnel du patient n'est pas engagé ;

- ②⑧ « 2° Et dont les membres s'engagent à respecter un cahier des charges relatif aux principes d'organisation et aux caractéristiques de son exercice, à l'accessibilité de ses locaux et de ses services, aux délais de prise en charge, à l'orientation des patients dans le parcours de soins et aux prestations minimales attendues, déterminé par un arrêté du ministre chargé de la santé, qui prévoit notamment que les consultations médicales sont assurées par des médecins spécialistes en médecine générale exerçant en établissement de santé et en secteur ambulatoire sur le territoire, que ces structures disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicales à proximité, qu'elles pratiquent le mécanisme du tiers payant mentionné à l'article L. 160-10 du code de la sécurité sociale et qu'elles ne facturent pas de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative ou des tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code. En outre, en cas d'orientation du patient vers une autre structure de soins ou vers un professionnel de santé exerçant à l'extérieur de la structure mentionnée au premier alinéa du présent article, une information lui est fournie sur la pratique, par l'offreur de soins proposé, du dépassement de ces tarifs et du mécanisme du tiers payant.
- ②⑨ « Elle est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, dont un ou plusieurs médecins spécialistes en médecine générale exerçant dans la structure, et, le cas échéant, des auxiliaires médicaux, exerçant à titre libéral ou salarié.
- ③⑩ « Les professionnels de santé membres de la structure élaborent et signent un projet de prise en charge des soins non programmés compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2 et précisant leur intégration dans l'organisation territoriale des soins, notamment dans les communautés professionnelles territoriales de santé, au sens de l'article L. 1434-12, s'il en existe une sur le territoire sur lequel elles sont implantés, et leurs engagements concernant le service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 et la permanence des soins ambulatoires prévue à l'article L. 6314-1. Ce projet est validé par l'agence régionale de santé et par l'organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie.
- ③⑪ « Les professionnels de santé exerçant au sein de la structure le déclarent à l'agence régionale de santé et aux organismes gestionnaires de régime de base d'assurance maladie.
- ③⑫ « La structure bénéficie d'un financement forfaitaire spécifique versé par l'assurance maladie dont le montant, déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, tient compte notamment du nombre de patients accueillis par an.

- ③③ « La structure, dénommée “point d’accueil pour soins immédiats”, fait l’objet d’une signalétique spécifique, dont les caractéristiques sont déterminées par voie réglementaire.
- ③④ « Les conditions d’application du présent article, notamment la définition de l’activité de soins non programmés, les modalités de fixation du cahier des charges et les conditions de validation du projet de prise en charge des soins non programmés, sont déterminées par décret en Conseil d’État. »
- ③⑤ III. – À défaut de signature, avant le 1^{er} juin 2026, d’un avenant à la convention médicale en vigueur mentionnée à l’article L. 162-5 du code de la sécurité sociale portant sur la rémunération des soins non programmés et sur la mise en œuvre du 10° du I de l’article L. 162-14-1 du même code, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent déterminer par arrêté les modifications à apporter à cet effet à cette convention.
- ③⑥ IV (*nouveau*). – La perte de recettes pour l’État résultant des trois premiers alinéas de l’article L. 6323-6 du code de la santé publique 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.
- ③⑦ V (*nouveau*). – La perte de recettes pour les collectivités territoriales résultant des trois premiers alinéas de l’article L. 6323-6 du code de la santé publique est compensée à due concurrence par la majoration de la dotation globale de fonctionnement et, corrélativement pour l’État, 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. »
- ③⑧ VI (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant des trois premiers alinéas de l’article L. 6323-6 du code de la santé publique est compensée à due concurrence par la majoration de 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 21 bis (*nouveau*)

- ① I. – Au 6° de l’article L. 149-6 du code de l’action sociale et des familles, les mots : « professionnelles territoriales de santé » sont remplacés par les mots : « France santé ».

- ② II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ③ 1° À la première phrase du *c* du 2° de l'article L. 1431-2, à la première phrase du premier alinéa du II, aux deuxième et troisième alinéas du III et à la dernière phrase du IV de l'article L. 1434-10, au second alinéa de l'article L. 1434-12-1, aux premier et avant-dernier alinéas de l'article L. 1434-13, au deuxième alinéa du II de l'article L. 3221-2, au 1° du I et au II de l'article L. 3221-3, au premier alinéa du II de l'article L. 6111-3-1, au second alinéa du I, au 2° du II et au second alinéa du III de l'article L. 6111-3-2, à la fin du premier alinéa du II de l'article L. 6111-3-4, au 1° du III de l'article L. 6112-2, à l'article L. 6323-1-6 et à la fin du premier alinéa de l'article L. 6327-3, les mots : « professionnelles territoriales de santé » sont remplacés par les mots : « France santé » ;
- ④ 2° Aux premier à troisième alinéas et à la fin des première et seconde phrases du dernier alinéa de l'article L. 1434-12, au premier alinéa de l'article L. 1434-12-1, au premier alinéa du I et au II de l'article L. 1434-12-2, au deuxième alinéa de l'article L. 4011-4-1 et au premier alinéa de l'article L. 4011-4-3, les mots : « professionnelle territoriale de santé » sont remplacés par les mots : « France santé » ;
- ⑤ 3° Le deuxième alinéa de l'article L. 1434-12 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 et les maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 sont membres de la communauté France santé. » ;
- ⑥ 4° À la fin de l'intitulé de la section 4 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie, les mots : « professionnelles territoriales de santé » sont remplacés par les mots : « France santé » ;
- ⑦ 5° Le dernier alinéa de l'article L. 4161-1 est ainsi modifié :
- ⑧ a) Après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « ou contribuent à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques » ;
- ⑨ b) Les mots : « du *b* » sont remplacés par les mots : « des *b* et *c* » ;
- ⑩ 6° Le 9° de l'article L. 5125-1-1 A est complété par un *c* ainsi rédigé :
- ⑪ « c) Contribuer à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques ainsi qu'à l'orientation du patient dans le parcours de soins. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la liste des situations cliniques concernées et les modalités de leur prise en charge ; »

- ⑫ 7° Le livre III de la sixième partie est complété par un titre III ainsi rédigé :

⑬ « *TITRE III*

⑭ « **RÉSEAU FRANCE SANTÉ**

- ⑮ « *Art. L. 6330-1.* – Afin d’améliorer l’accès aux soins sur l’ensemble du territoire, les structures de soins de premier recours, lorsqu’elles fournissent une offre de service socle, peuvent conclure avec les agences régionales de santé et les organismes gestionnaires de régime de base d’assurance maladie une convention précisant les engagements de la structure et les financements dont elle peut bénéficier en application de l’article L. 6330-2. Les structures ainsi conventionnées portent le label “France santé”.

- ⑯ « *Art. L. 6330-2.* – L’offre de service socle des structures “France santé”, qui peut être organisée de manière itinérante ou comporter pour partie des modes d’accès dématérialisés, la nature des engagements ainsi que les financements dont les structures peuvent bénéficier à ce titre sont définis par les accords prévus au II de l’article L. 162-14-1 et à l’article L. 162-32-1.

- ⑰ « Pour les structures qui ne relèvent pas des accords mentionnés au premier alinéa du présent article, les financements sont définis dans le cadre du fonds d’intervention régional prévu à l’article L. 1435-8. »

- ⑱ III – Le directeur général de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie engage, dans un délai de deux mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de conclure accord conventionnel relatif aux maisons de santé pluriprofessionnelles mentionnées à l’article L. 6323-3 du code de la santé publique et un avenant à l’accord mentionné à l’article L. 162-32-1 afin de définir les participations des structures de soins relevant de ces accords au réseau des maisons France santé et les rémunérations auxquelles elles sont éligibles dans ce cadre.

- ⑲ En l’absence de conclusion, dans un délai de deux mois à compter de l’ouverture des négociations mentionnées au premier alinéa du présent III, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent procéder, dans un délai d’un mois, à la fixation, par arrêté, des éléments mentionnés à l’article L. 6330-2 du code de la santé publique.

- ⑳ IV. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de conclure un avenant à l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés France santé afin de prévoir les modalités de soutien de ces communautés aux structures du réseau France santé.
- ㉑ En l'absence de conclusion dans un délai de deux mois à compter de l'ouverture des négociations prévues au premier alinéa du présent IV, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent procéder, dans un délai d'un mois, à la fixation par arrêté des éléments relevant de cet avenant.
- ㉒ V. – Par dérogation à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la participation des structures relevant des avenants mentionnés aux III et IV du présent article au réseau France santé peut être immédiate.
- ㉓ VI. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ㉔ 1° Le II de l'article L. 162-14-1 est ainsi modifié :
- ㉕ a) Aux première et deuxième phrases du troisième alinéa, les mots : « professionnelles territoriales de santé » sont remplacés par les mots : « France santé » ;
- ㉖ b) Après le même troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ㉗ « Lorsqu'un accord porte sur les maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, il est conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations reconnues représentatives de ces structures au niveau national. » ;
- ㉘ 2° Le II de l'article L. 162-14-1-2 est ainsi modifié :
- ㉙ a) Après le mot : « par », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « les organisations reconnues représentatives de ces structures au niveau national. » ;
- ㉚ b) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « qu'observateurs » sont remplacés par les mots : « que signataires » ;

- ③① 3° L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :
- ③② a) Au 12°, après le mot : « pharmaceutique », il est inséré le mot : « , notamment » ;
- ③③ b) Après le 19°, il est inséré un 20° ainsi rédigé :
- ③④ « 20° La tarification des prestations effectuées par les pharmaciens lorsqu'ils contribuent à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques ainsi qu'à l'orientation du patient dans le parcours de soins en application de la mission mentionnée au c du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique. »
- ③⑤ VII. – Au 17° du 1 de l'article 207 et à l'article 1461 A du code général des impôts, les mots : « professionnelles territoriales de santé » sont remplacés par les mots : « France santé ».

Article 21 *ter* (nouveau)

- ① Après l'article L. 1411-6-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1411-6-5 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1411-6-5. – Toutes les femmes âgées de quarante-cinq ans à soixante-cinq ans bénéficient d'une consultation longue prise en charge par l'assurance maladie et destinée à les informer et à repérer les éventuels facteurs de risques au moment de la ménopause.
- ③ « Les conditions de prise en charge de cette consultation sont prévues par les conventions mentionnées aux article L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale. Cette consultation est réalisée à tarif opposable. »

Article 21 *quater* (nouveau)

- ① I. – L'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique est abrogé.
- ② II. – La perte de recettes pour l'État résultant 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 21 quinquies (nouveau)

Le premier alinéa de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce parcours intègre un programme de guidance parentale, dans des conditions définies par décret. »

Article 21 sexies (nouveau)

- ① Le chapitre IV du titre VI du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4364-9 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 4364-9. – Sont déterminées par décret les conditions dans lesquelles les membres des professions mentionnées aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 4364-1 peuvent, sauf opposition du médecin :
- ③ « 1° Prescrire ou renouveler des dispositifs médicaux ;
- ④ « 2° Procéder à la réparation de certains dispositifs médicaux ainsi qu'au remplacement d'une partie de ces dispositifs médicaux sans prescription médicale.
- ⑤ « La liste des dispositifs médicaux mentionnés aux 1° et 2° du présent article est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Article 21 septies (nouveau)

- ① Après l'article L. 6322-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6322-1-1 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 6322-1-1. – La pratique de la médecine esthétique est soumise à l'autorisation de l'agence régionale de santé.
- ③ « L'autorisation dépend des besoins médicaux de la population résidant dans le bassin géographique et ses modalités sont fixées par décret.
- ④ « L'autorisation est donnée pour une durée de cinq ans renouvelables. »

Article 21 octies (nouveau)

- ① Le VIII de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La première phrase est complétée par les mots : « et par ceux exerçant au sein des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime » ;
- ③ 2° Au début de la deuxième phrase, les mots : « Ceux-ci » sont remplacés par les mots : « Les praticiens conseils ».

Article 21 nonies (nouveau)

- ① L'article 47 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase, les mots : « de trois mois » sont remplacés par les mots : « d'un an » ;
- ③ 2° À la seconde phrase, les mots : « les modalités de » sont remplacés par les mots : « les effets de la » et, à la fin, les mots : « et leurs impacts pour la sécurité sociale » sont supprimés ;
- ④ 3° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Ce rapport s'attache à définir les conditions de l'accès direct aux consultations infirmières mentionnées à l'article 6 de la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier ainsi qu'un rôle propre et la liste des actes et soins réalisés, afin de permettre de garantir l'autonomie du rôle infirmier. »

Article 21 decies (nouveau)

- ① I. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans, dans trois régions comportant des zones caractérisées par une offre de soins particulièrement insuffisante au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, l'État peut autoriser les assurés à désigner une équipe de soins traitante qui assure une mission de prévention, de suivi et de recours. La désignation d'une équipe de soins traitante est réputée emporter les mêmes règles que celle d'un médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

- ② II. – Ces équipes sont notamment composées d'un médecin, d'un infirmier en pratique avancée ou le cas échéant d'un infirmier, d'un pharmacien et d'un assistant médical.
- ③ III. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, les régions concernées par cette expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de celle-ci en vue d'une éventuelle généralisation.

Article 22

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 161-36 est ainsi rétabli :
- ③ « Art. L. 161-36. – Les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22 sont tenus d'assurer, pour les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 du présent code et à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, la transmission par voie électronique des documents nécessaires, d'une part, à la prise en charge des soins, des produits et des prestations et, d'autre part, à la mise en œuvre du tiers payant par les organismes d'assurance maladie. Ils sont également tenus de transmettre à l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré les documents nécessaires à la détermination de la part des dépenses prises en charge par cet organisme.
- ④ « En retour, l'organisme d'assurance maladie complémentaire communique à l'établissement, par voie électronique, aux fins d'information du patient et de facturation, la part des dépenses qu'il prend en charge et dont il assure le paiement à l'établissement. » ;
- ⑤ 2° (*Supprimé*)
- ⑥ 3° Les trois derniers alinéas du I de l'article L. 162-23 sont supprimés ;

- ⑦ 4° L'article L. 162-23-4 est complété par un III ainsi rédigé :
- ⑧ « III. – Pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22, les tarifs nationaux de prestations mentionnés au 1° du I du présent article sont minorés lorsque, pour ces mêmes prestations, des honoraires sont facturés, dans les conditions définies aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1, par les professionnels de santé exerçant en leur sein à titre libéral ou, dans les conditions définies à l'article L. 162-26-1, par ces établissements.
- ⑨ « Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine pour chaque établissement concerné, dans des conditions fixées par décret, le coefficient de minoration applicable aux tarifs nationaux de prestations afin de tenir compte de ces honoraires.
- ⑩ « Ce coefficient s'applique à la date mentionnée au dernier alinéa du I du présent article. » ;
- ⑪ 4° *bis (nouveau)* À la fin du II de l'article L. 162-23-6, les mots : « , dans le respect du montant affecté aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques prévu au 1° du I de l'article L. 162-23 » sont supprimés ;
- ⑫ 5° Le I de l'article L. 162-23-8 est ainsi modifié :
- ⑬ a) Au premier alinéa, les mots : « part prévue au 2° du I de l'article L. 162-23, affectée à la » sont supprimés et, après la référence : « L. 162-22, », sont insérés les mots : « exerçant les activités mentionnées au 4° du même article L. 162-22 » ;
- ⑭ b) *(Supprimé)*
- ⑮ 6° L'article L. 162-25 est ainsi modifié :
- ⑯ a) Le premier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑰ « Par dérogation à l'article L. 160-11, l'action des établissements de santé mentionnés aux *a* à *d* de l'article L. 162-22 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit dans les conditions suivantes :
- ⑱ « 1° Par un an à compter de la réalisation de l'acte ou de la consultation pour les actes et les consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 ;
- ⑲ « 2° Par un an à compter de la fin de la prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° des articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1. » ;

- ⑳ b) À la première phrase du second alinéa, les mots : « le délai mentionné au premier alinéa du présent article peut être prolongé » sont remplacés par les mots : « ces délais peuvent être prolongés » ;
- ㉑ 7° L'article L. 174-2-1 devient l'article L. 162-27 et, après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ㉒ « Ce remboursement est effectué sur la base d'une facturation par l'établissement à la caisse susmentionnée ou, pour les prestations d'hospitalisation, les médicaments et les produits et prestations, d'une valorisation des données d'activité transmises en application de l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et tenant compte, notamment, de la nature de l'activité. » ;
- ㉓ 8° À la dernière phrase du second alinéa de l'articles L. 165-12 et au septième alinéa de l'article L. 174-15, la référence : « L. 174-2-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-27 ».
- ㉔ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ㉕ 1° Le 4° de l'article L. 6133-1 est ainsi modifié :
- ㉖ a) À la deuxième phrase, les mots : « , de responsabilité à leur égard » sont supprimés ;
- ㉗ b) À la fin de la troisième phrase, les mots : « , dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8 » sont supprimés ;
- ㉘ c) Après la même troisième phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « Si les autorisations que le groupement exploite pour une même activité de soins sont détenues par au moins deux de ses membres relevant d'échelles tarifaires différentes, les tarifs applicables à la facturation de cette activité sont déterminés dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8. Si les autorisations qu'il exploite pour une activité de soins sont détenues par un seul de ses membres ou par des établissements relevant d'une même échelle tarifaire, la facturation de cette activité est effectuée dans l'échelle tarifaire applicable à ces membres. » ;
- ㉙ d) Après le mot : « membres », la fin de l'avant-dernière phrase est ainsi rédigée : « qui ne les facturent plus. » ;
- ㉚ 2° Au premier alinéa du II de l'article L. 6145-9, la référence : « L. 174-2-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-27 ».

- ③① III. – Le III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :
- ③② 1° Le C est abrogé ;
- ③③ 2° Les D et H sont abrogés.
- ③④ IV. – L'article 65 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est abrogé.
- ③⑤ V. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026, à l'exception du 1° du III et du IV, qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

Article 22 bis (nouveau)

- ① I. – Le 1° de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Par exception au premier alinéa du présent article, la prestation relevant de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie ne fait pas l'objet d'une valorisation par les établissements de santé mentionnés au *a* de l'article L. 162-22 lorsqu'elle est effectuée par un praticien hospitalier dans le cadre de son activité libérale dans les conditions définies à l'article L. 6154-1 du code la santé publique ; ».
- ③ II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

Article 22 ter (nouveau)

- ① L'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Les modalités de facturation des actes des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale et les catégories déterminées au 2° du présent article tiennent compte des honoraires des praticiens et des moyens humains, notamment médicaux, mis en œuvre pour la prise en charge des patients dans les établissements mentionnés au *a* de l'article L. 162-22. »

Article 23

(Supprimé)

Article 24

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après l'article L. 162-1-7, il est inséré un article L. 162-1-7-1 A ainsi rédigé :

③ « Art. L. 162-1-7-1 A. – Par dérogation à la procédure prévue aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des activités de traitement du cancer par radiothérapie est assurée par des forfaits déterminés en fonction de la nature de la prise en charge, des techniques utilisées et des caractéristiques des patients. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale inscrit ces forfaits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et en fixe le tarif. » ;
- ④ 2° Le second alinéa du III de l'article L. 162-1-9-1 est ainsi rédigé :

⑤ « Les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avoir recueilli l'avis mentionné au premier alinéa du présent III. » ;
- ⑥ 3° Le 26° de l'article L. 162-5 est abrogé ;
- ⑦ 4° Après l'article L. 162-14-5, il est inséré un article L. 162-14-6 ainsi rédigé :

⑧ « Art. L. 162-14-6. – I. – Lorsqu'il est constaté, au regard de l'évaluation mentionnée au II, que le niveau de rentabilité d'un secteur, d'un acte, d'une prestation ou d'un produit de l'offre de soins est manifestement disproportionné par rapport à celui des autres secteurs, actes, prestations et produits de l'offre de soins dont les besoins d'investissement sont comparables, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale demandent au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'engager des négociations en vue de la conclusion d'un avenant permettant une baisse des tarifs, pour un montant qu'ils déterminent, et l'habilitent à y procéder, le cas échéant, dans les conditions prévues au présent I, de manière unilatérale.

- ⑨ « Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage ces négociations dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande mentionnée au premier alinéa du présent I. À défaut de conclusion, selon les modalités prévues au présent chapitre, d'un avenant dans un délai fixé par cette décision, il procède aux baisses des tarifs, après avoir motivé sa décision au regard des échanges intervenus au cours des négociations.
- ⑩ « Les montants des baisses des tarifs sont fixés afin de permettre une convergence du niveau de rentabilité du secteur, de l'acte, de la prestation ou du produit concerné avec celui des autres secteurs, actes, prestations et produits de l'offre de soins comparables en termes d'activité et d'investissement.
- ⑪ « II. – Pour l'application du présent article, le niveau de rentabilité est évalué à partir de la rentabilité économique des secteurs, actes, prestations et produits concernés, déterminée au regard des données comptables et statistiques pertinentes. Les critères, la périodicité et les modalités de cette évaluation, qui peut être effectuée à partir d'un échantillon représentatif, sont précisés par voie réglementaire.
- ⑫ « Les évaluations sont rendues publiques.
- ⑬ « Pour l'application du présent article dans les collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, il est tenu compte, pour l'évaluation du niveau de rentabilité et pour la fixation des montants des baisses de tarifs, d'un coefficient territorial spécifique reflétant les surcoûts d'installation, d'exploitation et de fonctionnement propres à ces territoires. Ce coefficient est déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'outre-mer, après avis des représentants des organismes locaux d'assurance maladie et des professionnels concernés.
- ⑭ « Les personnes mentionnées au 3° du I de l'article L. 114-17-1 sont tenues de communiquer les informations nécessaires à l'évaluation prévue au premier alinéa du présent II.
- ⑮ « Lorsqu'une personne physique ou morale refuse de transmettre les informations demandées sur le fondement du présent II, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, après que la personne concernée a été mise en mesure de présenter ses observations, lui infliger une pénalité financière au plus égale à 1 % du montant des honoraires qui lui ont été versés par l'assurance maladie pendant les douze mois précédant le refus de transmission.

- ①⑥ « La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les huitième et avant-dernier alinéas du I de l'article L. 114-17-2 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- ①⑦ « III. – Les modalités d'application du présent article, notamment la nature des informations mentionnées au deuxième alinéa du II et les modalités de leur communication, sont déterminées par décret en Conseil d'État. »
- ①⑧ II. – Le 1^{er} du I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2027.
- ①⑨ Toutefois, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder, dans un délai de trois semaines à compter de la promulgation de la présente loi, à la fixation des tarifs des actes de traitement du cancer par radiothérapie, afin de réaliser un montant d'économies de 100 millions d'euros au cours de l'année 2026. Cette décision est transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est réputée approuvée en l'absence d'opposition motivée de ces ministres dans un délai de vingt et un jours à compter de cette transmission.
- ②⑩ III. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de déterminer les modalités de rémunération des actes des néphrologues libéraux pour permettre de rapprocher les tarifs de ces actes de ceux résultant des modalités de financement de la prise en charge des traitements de la maladie rénale chronique par épuration extrarénale prévues à l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale et de réaliser un montant d'économies d'au moins 20 millions d'euros au cours de l'année 2026. Il engage, dans les mêmes délais, des négociations conventionnelles en vue de déterminer les modalités de rémunération des actes de biologie, de radiologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire et d'anatomopathologie afin de réaliser un montant total d'économies d'au moins 100 millions d'euros au cours de l'année 2026.
- ②⑪ En l'absence de conclusion d'un tel avenant dans un délai de deux mois à compter de l'ouverture de ces négociations, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder, dans un délai de quinze jours, à la fixation du tarif des actes concernés des néphrologues afin de permettre le rapprochement et le montant d'économies mentionnés au premier alinéa du présent III.

Article 24 bis (nouveau)

- ① Après le I de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :
- ② « I *bis*. – Lorsque le rapport moyen entre l'excédent brut d'exploitation et le chiffre d'affaires et le rapport moyen entre le résultat net et le chiffre d'affaires dégagés par les actes ou les prestations mentionnés au I du présent article sont supérieurs à des seuils déterminés par un décret pris après avis de la Haute Autorité de santé, le tarif de ces derniers peut être réduit d'office par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ③ « Les modalités d'application du présent I *bis* sont déterminées par décret. »

Article 25

- ① I. – La première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° Après le mot : « sanitaires », sont insérés les mots : « , des soins dentaires » ;
- ③ 2° Après la référence : « L. 162-5, », est insérée la référence : « L. 162-9, ».
- ④ II (*nouveau*). – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires prévue à l'article 63 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025. Ce rapport évalue également les effets de la hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires prévue par le décret n° 2023-701 du 31 juillet 2023 relatif à la participation des assurés sociaux aux honoraires des chirurgiens-dentistes et actes relevant des soins dentaires. Il présente les conséquences financières de ces deux mesures de déremboursement et leurs effets sur le renoncement aux soins dentaires des assurés sociaux, en particulier des mineurs. Il met en regard des économies réalisées à court terme pour l'assurance le surcoût induit par le renoncement aux soins dentaires.

Article 25 bis (nouveau)

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, après le mot : « médicale », sont insérés les mots : « , de l'ophtalmologie, des soins dentaires ».

Article 26

(Supprimé)

Article 26 bis (nouveau)

- ① I. – L'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Les produits de santé, les actes et les prestations prescrits par les médecins mentionnés au premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, à l'exception de ceux prescrits par ces médecins à titre gracieux, pour eux-mêmes et pour leurs proches. »
- ③ II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

Article 26 ter (nouveau)

- ① Après le VIII de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, sont insérés des VIII *bis* et VIII *ter* ainsi rédigés :
- ② « VIII *bis*. – Par dérogation au VIII, il peut être procédé à tout moment à l'adaptation de la hiérarchisation ou à la radiation d'un acte, d'une prestation ou d'un groupe d'actes ou de prestations lorsqu'il apparaît que leurs conditions de production ou de réalisation ont évolué de manière significative.
- ③ « Cette adaptation est engagée à la demande du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ou des conseils nationaux professionnels et des commissions compétentes pour chaque profession. La procédure applicable est définie par voie réglementaire.

- ④ « VIII *ter.* – Avant le 31 décembre de chaque année, un avenant à la convention mentionnée à l'article L. 162-5 est négocié afin de déterminer les tarifs afférents aux actes et prestations ayant fait l'objet d'une nouvelle hiérarchisation au cours de l'année. »

Article 26 quater (nouveau)

- ① Le IX de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Si l'inscription d'un acte, d'une prestation, d'un ou de plusieurs groupes d'actes ou d'un ou de plusieurs groupes de prestations dans la liste établie ou sa révision n'a pas été traduite dans la convention mentionnée à l'article L. 162-5 dans un délai de six mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'évaluation technique permettant la hiérarchisation des actes et des prestations concernées dans les conditions prévues au présent article, leur prise en charge ou leur remboursement est défini par voie réglementaire sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

Article 27

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° A (*nouveau*) Au 5° du II de l'article L. 114-17-1, la référence : « L. 162-1-17, » est supprimée ;
- ③ 1° B (*nouveau*) L'article L. 162-1-17 est abrogé ;
- ④ 1° C (*nouveau*) À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-4, les mots : « et à l'article L. 162-23-15 ainsi que ceux inscrits aux contrats prévus à l'article L. 162-30-2 » sont remplacés par les mots : « et aux articles L. 162-23-13, L. 162-23-14 et L. 162-23-15 » ;
- ⑤ 1° Après l'article L. 162-23-13-1, sont insérés des articles L. 162-23-14 et L. 162-23-14-1 ainsi rédigés :
- ⑥ « Art. L. 162-23-14. – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 sont intéressés financièrement à l'efficience et à la pertinence des soins qu'ils délivrent ou des prescriptions des professionnels de santé exerçant en leur sein.

- ⑦ « En fonction des résultats obtenus par les établissements au regard des objectifs fixés au niveau national ou régional, qui peuvent être exprimés en volume ou en taux d'évolution et qui sont mesurés à partir d'indicateurs relatifs à l'efficience et à la pertinence des soins et des prescriptions, le directeur général de l'agence régionale de santé peut leur :
- ⑧ « 1° Attribuer une dotation complémentaire calculée en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie ;
- ⑨ « 2° Appliquer une pénalité financière par la minoration des financements de l'assurance maladie auxquels ils sont éligibles, pour un montant ne pouvant excéder 2 % du total de ces financements.
- ⑩ « Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article, notamment les catégories d'objectifs qui relèvent du niveau national et celles qui relèvent du niveau régional, les modalités selon lesquelles le directeur de l'agence régionale de santé arrête les objectifs régionaux ainsi que, selon les catégories d'objectifs, les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité mentionnées aux 1° et 2°.
- ⑪ « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des objectifs nationaux et régionaux et celle des indicateurs permettant de mesurer les résultats des établissements. Il définit le dispositif d'incitation applicable à chacun de ces objectifs.
- ⑫ « *Art. L. 162-23-14-1.* – Si le directeur général de l'agence régionale de santé constate que les pratiques d'un établissement présentent un écart significatif, supérieur en nombre ou en évolution, d'actes, de prestations ou de prescriptions par rapport aux moyennes régionales ou nationales, il peut fixer à cet établissement, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, un objectif de volume ou d'évolution d'actes, de prestations ou de prescriptions annuel sur une période donnée.
- ⑬ « Au terme de cette période, si l'établissement réalise toujours un volume d'actes, de prescriptions ou de prestations supérieur à l'objectif fixé ou si leur évolution n'est pas conforme à l'évolution attendue, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire de santé mentionné à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement et après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, lui infliger la pénalité financière mentionnée à l'article L. 162-23-14 du présent code.

- ⑭ « La décision du directeur général de l'agence régionale de santé est prise après avis de l'organisme local d'assurance maladie et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévue à l'article L. 1432-4 du code de la santé publique.
- ⑮ « Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑯ 2° L'article L. 162-23-15 est ainsi rédigé :
- ⑰ « Art. L. 162-23-15. – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 peuvent être incités financièrement à la qualité et la sécurité des soins.
- ⑱ « En fonction des résultats obtenus, évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la qualité et la sécurité des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé peut leur attribuer une dotation complémentaire.
- ⑲ « Un décret en Conseil d'État précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire ainsi que les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis par chaque établissement.
- ⑳ « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins et leurs modalités d'évaluation. » ;
- ㉑ 3° Les articles L. 162-30-2 et L. 162-30-4 sont abrogés ;
- ㉒ 4° (*nouveau*) L'article L. 162-30-3 est ainsi modifié :
- ㉓ a) Le premier alinéa est supprimé ;
- ㉔ b) À la fin de la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « , précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant inclure un volet consacré à ce plan dans le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 » sont supprimés ;
- ㉕ c) Les trois derniers alinéas sont supprimés.
- ㉖ *I bis (nouveau).* – La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6122-5 du code de la santé publique est supprimée.

- ②⑦ II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026, à l'exception des 1^o B et 3^o du I et des *a* et *c* du 4^o, qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027, ainsi que du 2^o de l'article L. 162-23-14 et du deuxième alinéa de l'article L. 162-23-14-1 du code de la sécurité sociale, qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2028.

Article 27 bis (nouveau)

- ① I. – Au début de la première phrase de l'article L. 313-23-3 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « Lorsqu'il existe, pour l'une des catégories de professionnels mentionnés à l'article L. 313-23-4, un écart significatif entre le coût d'une mise à disposition d'un personnel par une société de travail temporaire et le coût de l'emploi d'un professionnel permanent, » sont supprimés.
- ② II. – Au début de la première phrase du second alinéa de l'article L. 6146-3 du code de la santé publique, les mots : « Lorsqu'il existe, pour l'une des catégories de professionnels mentionnée au premier alinéa du présent article, un écart significatif entre le coût d'une mise à disposition d'un personnel par une entreprise de travail temporaire et le coût de l'emploi d'un professionnel permanent, » sont supprimés.

Article 27 ter (nouveau)

- ① Après l'article L. 6152-1-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6152-1-2 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 6152-1-2. – La rémunération des praticiens contractuels mentionnés au 2^o de l'article L. 6152-1 ne peut pas excéder le plafond de la rémunération des praticiens mentionnés au 1^o du même article L. 6152-1. »

Article 28

- ① I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1^o Le 2^o de l'article L. 752-3 est complété par les mots : « qui n'excède pas une durée fixée par décret, qui ne peut être inférieure à un mois pour une première prescription et à deux mois pour une prolongation de prescription, calculée de date à date » ;

- ③ 2° L'article L. 752-5 est ainsi modifié :
- ④ a) Le premier alinéa est complété par les mots : « qui n'excède pas une durée fixée par décret, qui ne peut être inférieure à un mois pour une première prescription et à deux mois pour une prolongation de prescription, calculée de date à date » ;
- ⑤ b) L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :
- ⑥ – le mot : « toute » est supprimé ;
- ⑦ – les mots : « qui précède » sont remplacés par les mots : « jusqu'à » ;
- ⑧ – les mots : « ou le décès » sont remplacés par les mots : « , soit le décès, soit l'expiration de la durée maximale mentionnée au 2° de l'article L. 752-3 au terme de laquelle l'incapacité est réputée permanente » ;
- ⑨ – est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Dans le cas d'une interruption suivie d'une reprise du travail, la période court à nouveau dès le jour où la reprise du travail a atteint au moins une durée minimale fixée par décret. »
- ⑩ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑪ 1° Le 1° de l'article L. 162-4-1 est ainsi modifié :
- ⑫ a) Après la référence : « L. 321-1 », sont insérés les mots : « du présent code ou aux articles L. 732-4 ou L. 781-21 du code rural et de la pêche maritime » ;
- ⑬ b) Après le mot : « médical », sont insérés les mots : « et les motifs » ;
- ⑭ c) Sont ajoutés les mots : « ainsi que sa durée, qui ne peut excéder un plafond fixé par décret en Conseil d'État et qui ne peut être inférieure à un mois pour une première prescription et à deux mois pour une prolongation de prescription » ;
- ⑮ d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑯ « Ils peuvent déroger au plafond prévu au premier alinéa du présent 1° lorsqu'ils justifient, sur la prescription, de la nécessité d'une durée plus longue au regard de la situation du patient et en considération, lorsqu'elles existent, des recommandations établies par la Haute Autorité de santé ; »

- ⑰ 2° L'article L. 162-4-4 est ainsi modifié :
- ⑱ a) Au premier alinéa, les mots : « ou par la sage-femme » sont remplacés par les mots : « , par la sage-femme ou par le chirurgien-dentiste » ;
- ⑲ b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑳ « La prolongation ne peut excéder un plafond fixé par décret en Conseil d'État, qui ne peut être inférieur à deux mois.
- ㉑ « Le médecin prescripteur de l'arrêt initial, le médecin traitant, la sage-femme ou le chirurgien-dentiste peut déroger au plafond prévu au troisième alinéa du présent article lorsqu'il justifie, sur la prescription, de la nécessité d'une durée plus longue au regard de la situation du patient, en considération, lorsqu'elles existent, des recommandations établies par la Haute Autorité de santé. » ;
- ㉒ 3° À l'article L. 321-1, les mots : « dans la limite de sa compétence professionnelle » sont remplacés par les mots : « ou le chirurgien-dentiste dans la limite de leur compétence professionnelle » ;
- ㉓ 3° *bis (nouveau)* Au 3° de l'article L. 412-8, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « cinquième » ;
- ㉔ 4° À l'article L. 433-1 est ainsi modifié :
- ㉕ a) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ㉖ – après le mot : « primaire, », sont insérés les mots : « pendant une période d'une durée maximale fixée par décret, calculée de date à date. Cette durée court » ;
- ㉗ – après le mot : « fériés », la fin est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Dans le cas d'une interruption suivie d'une reprise du travail, elle court à nouveau dès le jour où la reprise du travail a atteint une durée minimale fixée par décret. » ;

- ②⑧ b) Après le même deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ②⑨ « L'indemnité journalière est payée pendant la période d'incapacité temporaire de travail jusqu'à soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure, soit le décès, soit l'expiration de la durée maximale mentionnée au deuxième alinéa au terme de laquelle l'incapacité est réputée permanente, ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2. » ;
- ③⑩ c) Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « La durée maximale mentionnée au deuxième alinéa du présent article n'est pas applicable au versement de cette indemnité. »
- ③⑪ II *bis (nouveau)*. – Au troisième alinéa de l'article L. 1226-7 du code du travail, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « cinquième ».
- ③⑫ III. – (*Supprimé*)
- ③⑬ IV. – L'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :
- ③⑭ 1° La référence : « L. 162-4-1, » est supprimée ;
- ③⑮ 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ③⑯ « L'article L. 162-4-1 du même code est applicable à Mayotte, à l'exception des mots : “ainsi que sa durée, qui ne peut excéder un plafond fixé par décret en Conseil d'État” et du dernier alinéa. »
- ③⑰ V. – À la première phrase de l'article 12-4 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, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « cinquième ».
- ③⑱ VI. – Le 1° et le b du 2° du II entrent en vigueur le 1^{er} septembre 2026. Le I et le 4° du II s'appliquent aux victimes dont le sinistre est intervenu à compter du 1^{er} janvier 2027.

Article 28 bis (nouveau)

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 315-2 est complété par un V ainsi rédigé :
 - ③ « V. – Le présent article est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon dans des conditions précisées par décret. » ;
- ④ 2° Les articles L. 315-2-1 et L. 323-6 sont complétés par un alinéa ainsi rédigé :
 - ⑤ « Le présent article est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon dans des conditions précisées par décret. » ;
- ⑥ 3° L'article L. 315-3 est complété par un IV ainsi rédigé :
 - ⑦ « IV. – Le présent article est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon dans des conditions précisées par décret. »

Article 28 ter (nouveau)

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 321-1, les mots : « le travail » sont remplacés par les mots : « une activité professionnelle salariée ou non salariée quelconque » ;
- ③ 2° À la première phrase de l'article L. 323-4-1, les mots : « trois mois » sont remplacés par les mots : « trente jours ».

Article 29

(Supprimé)

Article 30

- ① Après l'article L. 162-1-24 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-25 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 162-1-25. – Dans le cadre d'une stratégie définie par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un système d'aide à la décision médicale peut faire l'objet d'un financement dans le cadre d'une convention conclue entre le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et son fabricant lorsque :
 - ③ « 1° Il bénéficie d'un marquage "CE" ;
 - ④ « 2° Il est certifié dans les conditions prévues aux articles L. 1470-5 et L. 1470-6 du code de la santé publique ;
 - ⑤ « 3° Il ressort des évaluations disponibles et compte tenu des éventuels comparateurs pertinents qu'il participe à l'amélioration de la pertinence des prescriptions, des actes et des soins réalisés par les professionnels de santé et permet d'atteindre des objectifs fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
 - ⑥ « 4° (*nouveau*) Il ne peut être utilisé pour contrôler et évaluer les actions des utilisateurs.
 - ⑦ « Le montant de ce financement est lié aux économies en matière de dépenses d'assurance maladie réalisées par le recours à ce système.
 - ⑧ « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article, notamment la procédure de sélection des fabricants et les modalités du financement. »

Article 31

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après le premier alinéa de l'article L. 1111-15, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Tout établissement, service ou organisme ou tout autre personne morale assurant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins doit mettre en place les mesures matérielles, organisationnelles et d'information des professionnels exerçant en son sein, définies par décret en Conseil d'État, permettant le respect par ces derniers des obligations de report dans le dossier médical partagé prévues au premier alinéa du présent article. » ;
- ④ 2° Après le même article L. 1111-15, sont insérés des articles L. 1111-15-1 à L. 1111-15-3 ainsi rédigés :
- ⑤ « *Art. L. 1111-15-1.* – En cas de manquement aux obligations de reporter des éléments dans le dossier médical partagé fixées au premier alinéa de l'article L. 1111-15, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent peut, sur la base des éléments constatés par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, au regard des seuils de report définis par activité par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, prononcer à l'encontre du professionnel de santé, après l'avoir mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière.
- ⑥ « Le montant maximal de la pénalité à l'encontre des professionnels de santé est fixé à 2 500 euros par manquement constaté, sans pouvoir excéder 10 000 euros par an.
- ⑦ « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement et du nombre de manquements déjà constatés durant une période déterminée imputables au même auteur.
- ⑧ « *Art. L. 1111-15-2.* – En cas de manquement à l'obligation de mettre en place les mesures mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1111-15, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent peut prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un établissement, service ou organisme ou d'une autre personne morale, après l'avoir mis en mesure de présenter ses observations.

- ⑨ « Le montant maximal de la pénalité à l'encontre d'un établissement, service ou organisme ou d'une autre personne morale est fixé à 25 000 euros par manquement constaté, sans pouvoir excéder 100 000 euros par an. Il est calculé en fonction du volume d'activité.
- ⑩ « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement et du nombre de manquements déjà constatés durant une période déterminée imputables au même auteur.
- ⑪ « *Art. L. 1111-15-3.* – Les pénalités mentionnées aux articles L. 1111-15-1 et L. 1111-15-2 sont recouvrées par l'organisme local d'assurance maladie compétent. Les huitième et avant-dernier alinéa du I de l'article L. 114-17-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au recouvrement des pénalités. Leur produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. La décision prononçant cette pénalité peut être contestée devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.
- ⑫ « Les modalités d'application des articles L. 1111-15-1 et L. 1111-15-2 et du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, notamment la nature des informations et les durées prises en compte, les règles et délais de procédure et les modes de calcul des pénalités financières. »
- ⑬ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑭ 1° L'article L. 162-1-7-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, est ainsi modifié :
- ⑮ a) Au premier alinéa, les mots : « que celui-ci a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou » sont supprimés ;
- ⑯ b) Au deuxième alinéa, les mots : « s'il a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou » sont supprimés ;
- ⑰ c) Au troisième alinéa, les mots : « que le prescripteur n'a pas consulté préalablement le dossier médical partagé du patient ou » sont supprimés ;

- ⑮ 2° Après l'article L. 162-1-7-5, il est inséré un article L. 162-1-7-6 ainsi rédigé :
- ⑯ « Art. L. 162-1-7-6. – Dans le respect des conditions d'accès définies aux articles L. 1111-16 à L. 1111-18 du code de la santé publique, le prescripteur consulte le dossier médical partagé du patient avant la prescription d'un produit de santé et de ses prestations associées, d'un acte inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ou d'un transport de patient, lorsqu'ils sont particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ou en cas de risque de mésusage. La liste des actes ou produits coûteux concernés est définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑰ « Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent peut, sur la base des éléments constatés par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un professionnel de santé, après l'avoir mis en mesure de présenter ses observations, en cas de manquement à l'obligation de consulter le dossier médical partagé dans les cas mentionnés au premier alinéa du présent code.
- ⑱ « Le montant maximal de la pénalité à l'encontre des professionnels de santé est fixé à 2 500 euros par manquement constaté, sans pouvoir excéder 10 000 euros par an.
- ⑳ « La pénalité est recouvrée par l'organisme local d'assurance maladie compétent. Les huitième et avant-dernier alinéa du I de l'article L. 114-17-2 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. La décision prononçant cette pénalité peut être contestée devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.
- ㉑ « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, notamment la nature des informations et les durées prises en compte, les règles et délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière. »
- ㉒ III. – Au premier alinéa de l'article 20-5-6 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence : « L. 162-1-7, », est insérée la référence : « L. 162-1-7-6, ».

- ②⑤ IV. – Le I du présent article entre en vigueur dans des conditions et à une date fixées par décret en Conseil d’État, et au plus tard le 1^{er} mars 2027.
- ②⑥ Le 2° du II et le III entrent en vigueur dans des conditions et à une date fixées par décret en Conseil d’État, et au plus tard le 1^{er} juillet 2027.

Article 32

- ① I. – A. – À titre expérimental, pour une durée maximale de trois ans à compter d’une date fixée par le décret mentionné au D, la nouvelle dispensation de certains médicaments non utilisés est, par dérogation aux articles L. 4211-2 et L. 4212-7 du code de la santé publique, autorisée dans les conditions prévues au présent I.
- ② Seuls les établissements de santé mentionnés à l’article L. 6111-1 du code de la santé publique désignés par arrêté du ministre chargé de la santé peuvent participer à cette expérimentation.
- ③ B. – Les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé désignés en application du A du présent I assurent un conditionnement ainsi que des contrôles adaptés aux médicaments collectés aux fins de nouvelle dispensation, conformément aux bonnes pratiques prévues à l’article L. 5121-5 du code de la santé publique et aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière dont les principes sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.
- ④ La nouvelle dispensation d’un médicament non utilisé ne peut intervenir qu’après que les patients recevant initialement le traitement concerné ont été préalablement informés des modalités de cette nouvelle dispensation et sous réserve qu’ils ne s’y soient pas expressément opposés.
- ⑤ C. – Au plus tard six mois avant le terme de l’expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d’évaluation de celle-ci afin, notamment, de déterminer l’opportunité et, le cas échéant, les conditions de sa pérennisation et de son extension.
- ⑥ D. – Un décret en Conseil d’État précise les modalités d’application du présent I, notamment :
 - ⑦ 1° Les médicaments figurant sur la liste mentionnée à l’article L. 5126-6 du code de la santé publique pouvant être dispensés une nouvelle fois ;

- ⑧ 2° Les conditions de leur conditionnement, de leur collecte et de leur nouvelle dispensation ;
- ⑨ 3° Les modalités d'information et d'opposition des patients ;
- ⑩ 4° Les obligations en matière de sécurité et de contrôle de ces médicaments applicables dans le cadre de leur nouvelle dispensation ;
- ⑪ 5° La méthodologie de l'expérimentation, ses objectifs et les modalités de sa conduite et de la rédaction du rapport mentionné au C du présent I.
- ⑫ II. – L'article L. 3212-2 du code général de la propriété des personnes publiques est complété par un 12° ainsi rédigé :
 - ⑬ « 12° Les cessions de produits nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves acquis par l'établissement public mentionné à l'article L. 1413-1 du code de la santé publique, à la demande du ministre chargé de la santé en application de l'article L. 1413-4 du même code, dont la valeur unitaire n'excède pas un seuil fixé par décret, à des établissements publics de santé ou médico-sociaux, à des établissements publics de l'État, à des collectivités territoriales, à leurs groupements et à leurs établissements publics ou à des catégories d'organismes ou de structures chargés d'une mission de service public et figurant sur une liste fixée par décret. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession à titre onéreux des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice du présent 12°. »
- ⑭ III. – À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique, après le mot : « renouvellement », sont insérés les mots : « , leur cession dans les conditions prévues au 12° de l'article L. 3212-2 du code général de la propriété des personnes publiques ».

Article 33

- ① I. – L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A. – Le dernier alinéa du III est ainsi modifié :
 - ③ 1° Après le mot : « génériques », sont insérés les mots : « et hybrides » ;
 - ④ 2° Les mots : « de deux ans » sont remplacés par les mots : « d'un an » ;
 - ⑤ 3° Après le mot : « générique », sont insérés les mots : « ou hybride » ;

- ⑥ B. – Le V est ainsi rédigé :
- ⑦ « V. – La base de remboursement des frais exposés par l'assuré au titre d'une spécialité appartenant à un groupe biologique similaire mentionné au *b* du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa du 2° de l'article L. 5125-23-2 du même code, délivrée par le pharmacien d'officine ou d'une pharmacie à usage intérieur en application du 1° de l'article L. 5126-6 dudit code, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les médicaments biologiques similaires appartenant au groupe biologique similaire concerné, lorsque le pharmacien délivre un médicament biologique :
- ⑧ « 1° Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe biologique similaire mentionné à l'article L. 5121-1 du même code ;
- ⑨ « 2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe biologique similaire.
- ⑩ « Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie.
- ⑪ « Le pharmacien propose au patient, le cas échéant par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les médicaments biologiques similaires appartenant au groupe biologique similaire concerné.
- ⑫ « Pour l'application du présent V, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 sont prises en compte.
- ⑬ « Pour les groupes biologiques similaires, la limitation de la base de remboursement mentionnée au présent V s'applique à compter de deux ans après la publication au *Journal officiel* ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé, du prix du premier médicament biologique similaire du groupe.
- ⑭ « Le présent V n'est pas applicable lorsque le prescripteur a exclu, sur justification médicale, la possibilité de substitution conformément au 4° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique. »

- ⑮ II. – L'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑯ A. – La première phrase est ainsi modifiée :
- ⑰ 1° Les mots : « à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « soit à un groupe générique ou à un groupe hybride définis à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, soit à un groupe biologique similaire défini au même article L. 5121-1 et figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa du 2° de l'article L. 5125-23-2 du même code » ;
- ⑱ 2° Le mot : « derniers » est remplacé par les mots : « assurés ou bénéficiaires » ;
- ⑲ 3° Après les mots : « médicament générique, », sont insérés les mots : « hybride ou biologique similaire, » ;
- ⑳ 4° Après le mot : « existe », la fin est ainsi rédigée : « des médicaments génériques, hybrides ou biologiques similaires dans le groupe concerné dont le prix est supérieur ou égal, respectivement, à celui du princeps, de la spécialité de référence ou du médicament biologique de référence. » ;
- ㉑ B. – À la seconde phrase, les mots : « à l'article L. 5125-23 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 5125-23 et L. 5125-23-2 ».
- ㉒ III. – Au second alinéa de l'article L. 5121-1-2 du code de la santé publique, les références : « , 14°, 15° » sont supprimées.
- ㉓ IV. – À l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence : « L. 162-16-1 », est insérée la référence : « , L. 162-16-7 ».
- ㉔ V. – A. – Le dernier alinéa du III de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du A du I du présent article, s'applique aux groupes génériques et hybrides dont le prix de la première spécialité générique ou hybride est publié au *Journal officiel* ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé à compter du 1^{er} septembre 2026.

- ②⑤ B. – Le V de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du B du I du présent article, s'applique aux groupes biologiques similaires dont le prix du premier médicament biologique similaire est publié au *Journal officiel* ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé à compter du 1^{er} septembre 2026. Il s'applique à compter de la même date aux groupes biologiques similaires pour lesquels une telle publication est intervenue avant le 1^{er} septembre 2024. Pour les groupes biologiques similaires pour lesquels cette publication est intervenue entre le 1^{er} septembre 2024 et le 31 août 2026, le V de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du B du I du présent article, s'applique à compter de la date à laquelle la durée de deux ans mentionnée à l'avant-dernier alinéa du même B du I est échue.
- ②⑥ C. – Les II à IV entrent en vigueur le 1^{er} septembre 2026.

Article 34

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② A. – L'article L. 5121-12 est ainsi modifié :
- ③ 1° Le I est ainsi modifié :
- ④ a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑤ « I. – L'accès précoce permet l'utilisation, à titre exceptionnel et dans les conditions dérogatoires d'autorisation définies au présent article, de certains médicaments destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, dans des indications précises et cliniquement pertinentes, lorsqu'ils satisfont aux critères suivants : » ;
- ⑥ b) Le 2° est abrogé ;
- ⑦ c) Le 3° devient le 2° et, au début, les mots : « L'efficacité et la sécurité de ces médicaments » sont remplacés par les mots : « Leur efficacité et leur sécurité » ;
- ⑧ d) Le 3° est ainsi rétabli :
- ⑨ « 3° Ils sont présumés innovants notamment au regard d'un comparateur cliniquement pertinent. » ;
- ⑩ e) Le 4° est abrogé ;

- ⑪ 2° Le II est ainsi modifié :
- ⑫ a) À la fin du premier alinéa, les mots : « s'applique » sont remplacés par les mots : « peut être accordé » ;
- ⑬ b) Le 1° est ainsi modifié :
- ⑭ – après le mot : « considérée », sont insérés les mots : « , laquelle n'a fait l'objet d'aucun avis favorable du comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments, » ;
- ⑮ – sont ajoutés les mots : « puis, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, une demande d'inscription sur une de ces listes » ;
- ⑯ c) Le 2° est ainsi rédigé :
- ⑰ « 2° Soit à un médicament qui dispose d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée et dont la demande d'inscription pour cette indication sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du présent code et au premier alinéa de l'article L.162-17 du code de la sécurité sociale n'a pas été accordée au vu des données disponibles, alors que la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 a rendu un avis qui :
- ⑱ « a) Évalue dans l'indication considérée un niveau de service médical rendu au moins égal à un niveau fixé par décret ;
- ⑲ « b) Estime que les données disponibles permettent de présumer l'existence d'une amélioration du service médical rendu ;
- ⑳ « c) Estime que, malgré l'absence d'amélioration du service médical rendu démontrée au vu des données disponibles, la réalisation du plan de développement qui lui est soumis est de nature à fournir dans un délai de trois ans les données nécessaires pour justifier l'inscription sur l'une des listes mentionnées plus haut. L'exploitant s'engage, dans ce cas, à déposer dans les trois ans une demande de réévaluation d'inscription sur l'une de ces listes. » ;

- ②① 3° Le III est complété par trois alinéas ainsi rédigés :
- ②② « Pour être recevable, la demande doit être accompagnée d'un engagement de l'exploitant :
- ②③ « 1° D'assurer la continuité des traitements initiés pendant la période de l'accès précoce pendant une durée minimale de douze mois supplémentaires au terme de cette période, sauf si des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients s'y opposent ;
- ②④ « 2° De fournir à titre gracieux la spécialité pendant les périodes mentionnées aux deux derniers alinéas du I de l'article L. 162-16-5-1 et au I de l'article L. 162-16-5-1-1, ainsi que pour assurer la continuité des traitements mentionnés au 1° du présent III. » ;
- ②⑤ 4° Le premier alinéa du IV est ainsi modifié :
- ②⑥ a) Après le mot : « précoce », sont insérés les mots : « , qui ne peut être accordée que si l'exploitant s'engage à déposer dans les trois ans une demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 1° du II, » ;
- ②⑦ b) À la fin, les mots : « l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament » sont remplacés par les mots : « cette entreprise » ;
- ②⑧ 5° Au 2° du VI, les mots : « l'engagement de déposer une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement souscrit, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II » sont remplacés par les mots : « l'un des engagements pris au titre des II, III ou IV » ;
- ②⑨ B. – L'article L. 5121-12-1 est ainsi modifié :
- ③⑩ 1° Le I est ainsi modifié :
- ③⑪ a) Le 1° est complété par les mots : « au niveau national ou international » ;
- ③⑫ b) Le 2° est complété par les mots : « commercialisé en France » ;
- ③⑬ 2° Le II est ainsi modifié :
- ③⑭ a) Au deuxième alinéa, la dernière occurrence du mot : « à » est remplacée par les mots : « au 1° du II de » ;

- ③⑤ b) Après le même deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ③⑥ « L'absence de dépôt d'une demande d'autorisation d'accès précoce dans le délai précité ou le refus opposé à cette demande ne fait obstacle ni au maintien d'une autorisation d'accès compassionnel en cours de validité ni à son renouvellement pour tenir compte de la situation particulière d'un patient donné, pour une durée maximale prévue par décret.
- ③⑦ « Le refus opposé à une demande d'autorisation d'accès précoce, dans une indication considérée, au seul motif qu'il n'est pas présumé innovant ne fait pas obstacle à l'octroi d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée dans les conditions prévues au premier alinéa du présent II dans cette indication. » ;
- ③⑧ 3° Le III est ainsi modifié :
- ③⑨ a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④① « Par dérogation au 1° du même I, la mise en place d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales dans une indication donnée ne fait obstacle ni au maintien d'un cadre de prescription compassionnelle établi au préalable dans cette même indication en cours de validité ni à son renouvellement pour des motifs de santé publique. » ;
- ④② b) À la première phrase du second alinéa, après le mot : « marché », sont insérés les mots : « et commercialisé sur le territoire national » ;
- ④③ 4° Aux première et dernière phrases du premier alinéa du V, les mots : « suivi des patients » sont remplacés par les mots : « recueil de données » ;
- ④④ 5° Le VIII est ainsi rédigé :
- ④⑤ « VIII. – En cas de retrait, de refus ou de non-renouvellement d'une autorisation de mise sur le marché dans une indication considérée, seule la poursuite du traitement pour un patient donné peut donner lieu à une autorisation d'accès compassionnel. » ;
- ④⑥ C. – Au deuxième alinéa de l'article L. 5123-2, après la première occurrence du mot : « considérée », sont insérés les mots : « du dispositif d'accès direct ou des continuités des traitements initiés à ce titre en application de l'article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale, » ;

- ④⑥ D. – À la première phrase du deuxième alinéa du 1° de l'article L. 5126-6, la première occurrence des mots : « font l'objet » est remplacée par les mots : « bénéficient du dispositif d'accès direct ou des continuités de traitement prévus à l'article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale ou ».
- ④⑦ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ④⑧ 1° Au 1° du A de l'article L. 133-4, après la référence : « L. 162-16-5-1, », est insérée la référence : « L. 162-16-5-1-2, » ;
- ④⑨ 2° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 138-13, après le mot : « bénéficiant », sont insérés les mots : « d'un accès direct prévu à l'article L. 162-16-5-1-2 et de la prise en charge associée, » ;
- ⑤⑩ 3° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 138-15, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, après la référence : « L. 162-16-5-1-1, », est insérée la référence : « L. 162-16-5-1-2, » ;
- ⑤⑪ 4° Au 6° du II de l'article L. 162-16-4, les mots : « européens présentant une taille totale de marché comparable » sont remplacés par les mots : « présentant des caractéristiques de marché comparables » ;
- ⑤⑫ 5° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié :
- ⑤⑬ a) Le I est ainsi modifié :
- ⑤⑭ – la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;
- ⑤⑮ – sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑤⑯ « La prise en charge par l'assurance maladie est limitée à douze mois à compter de la publication de l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique pour les médicaments ayant obtenu un accès précoce délivré au titre du 1° du II de l'article L. 5121-12 du même code ou au titre de la réévaluation prévue au c du 2° du même II. Au delà, tant que l'accès précoce est autorisé, l'exploitant fournit la spécialité à titre gracieux.

- ⑤7 « Lorsque le médicament concerné a fait l'objet d'un avis de la commission de la Haute Autorité de santé compétente au titre de sa mission d'évaluation économique rendu après l'avis mentionné au deuxième alinéa du présent I, la prise en charge est prolongée pour couvrir douze mois à compter de la publication de cet avis. » ;
- ⑤8 b) Le B du II est ainsi modifié :
- ⑤9 – au 3°, après le mot : « inscription », sont insérés les mots : « ou de réévaluation d'une inscription » ;
- ⑥0 – il est ajouté un 4° ainsi rédigé :
- ⑥1 « 4° Lorsque les données contenues dans le plan de développement mentionné au 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ne sont pas transmises. » ;
- ⑥2 c) Au III, après les mots : « l'inscription », sont insérés les mots : « ou, le cas échéant, à la réévaluation » ;
- ⑥3 6° L'article L. 162-16-5-1-1 est ainsi modifié :
- ⑥4 a) Le premier alinéa du I est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :
- ⑥5 « I. – L'exploitant d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique faisant l'objet de la prise en charge par l'assurance maladie prévue à l'article L. 162-16-5-1 du présent code peut réclamer aux établissements de santé auxquels il fournit ce médicament une indemnité, pour une durée maximale de trois ans, si ce médicament ne fait l'objet ni d'un prix maximal de vente en application de l'article L. 162-16-4-3, ni d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 pour au moins l'une de ses indications. À compter de la quatrième année, l'exploitant fournit le médicament à titre gracieux.
- ⑥6 « Cette durée est limitée à douze mois à compter de la date à laquelle la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été en mesure d'actualiser son évaluation au vu des données transmises par l'exploitant en application du c du 2° du II de l'article L. 5121-12 du même code.
- ⑥7 « L'exploitant communique au préalable le montant maximal de l'indemnité qu'il entend réclamer au comité économique des produits de santé, qui en assure la publicité.

- ⑥⑧ « Par dérogation à la durée maximale de trois ans mentionnée au premier alinéa du présent I, lorsqu'une spécialité qui avait obtenu une autorisation d'accès précoce au titre du 1° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique se voit reconnaître une autorisation au titre du 2° du même II, la prise en charge de cette spécialité peut être prolongée de trois ans à compter de la nouvelle autorisation. Au terme de cette prolongation, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation fournit la spécialité à titre gracieux.
- ⑥⑨ « Lorsque la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code a été en mesure d'actualiser son évaluation au vu des données transmises par l'exploitant en application du c du 2° du II de l'article L. 5121-12 dudit code, l'exploitant ne peut demander l'indemnité mentionnée au premier alinéa du présent I au delà d'une année après la publication de l'avis. À partir du treizième mois, le laboratoire fournit la spécialité à titre gracieux. » ;
- ⑦⑩ b) Le II est ainsi modifié :
- ⑦⑪ – au début du premier alinéa du A, la mention : « A. – » est supprimée ;
- ⑦⑫ – au dernier alinéa du même A, la référence : « A » est remplacée par la référence : « II » ;
- ⑦⑬ – le B est abrogé ;
- ⑦⑭ c) Au V, le mot : « temporaire » est remplacé par les mots : « en accès direct » ;
- ⑦⑮ 7° L'article L. 162-16-5-1-2 est ainsi rédigé :
- ⑦⑯ « *Art. L. 162-16-5-1-2. – I. – A. – L'accès direct permet, pour des motifs de santé publique et en anticipation d'une inscription sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code et au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, de faire bénéficier les patients, dans les conditions prévues au présent article, de spécialités disposant, dans une ou plusieurs indications particulières, d'une autorisation de mise sur le marché et justifiant d'un niveau de service médical rendu et d'amélioration du service médical rendu au moins égaux à un niveau fixé par décret, à l'exception de celles qui bénéficient de l'accès précoce défini à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique.*

- ⑦⑦ « L'accès direct est accordé pour chaque indication considérée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour une durée ne pouvant excéder trois ans.
- ⑦⑧ « B. – L'accès direct fait l'objet d'une demande déposée par l'exploitant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard un mois après la publication de l'avis rendu par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique sur la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans la ou les indications considérées.
- ⑦⑨ « Pour être recevable, la demande doit comporter :
- ⑧⑩ « 1° Un engagement de l'exploitant d'assurer un approvisionnement approprié et continu du marché national, de manière à couvrir les besoins des patients en France, dans les conditions prévues au chapitre I^{er} *quater* du présent titre ;
- ⑧⑪ « 2° Un engagement de l'exploitant d'assurer la continuité des traitements initiés pendant la période de l'accès direct définie par l'arrêté prévu au présent I et pendant une durée minimale de douze mois supplémentaires au terme de cette période, sauf si la spécialité, dans cette indication, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons relatives à la sécurité des patients ;
- ⑧⑫ « 3° Un engagement de l'exploitant de fournir à titre gracieux la spécialité après les douze mois de prise en charge par l'assurance maladie et pour tout le reste de la période prévue par l'arrêté ainsi que pour les douze mois supplémentaires nécessaires pour assurer la continuité des traitements initiés.
- ⑧⑬ « II. – Les spécialités pharmaceutiques bénéficiant, pour des indications particulières, d'un accès direct font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie pendant les douze mois suivant la publication au Journal officiel de l'arrêté mentionné au A du I dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées.

- ⑧4 « La décision d'accorder l'accès direct à une spécialité peut être assortie, si cela est prévu, pour des exigences de qualité et de sécurité des soins, dans l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, de conditions relatives à la qualification ou à la compétence des prescripteurs, à l'environnement technique ou à l'organisation de ces soins et à la mise en place d'un dispositif de suivi des patients traités. Elle peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge.
- ⑧5 « Le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre de l'accès direct" et informe le patient des conditions de prise en charge de la spécialité prescrite par l'assurance maladie.
- ⑧6 « III. – Pour la mise à disposition d'une spécialité en accès direct dans les douze premiers mois suivant l'arrêté mentionné au I du présent article, l'exploitant peut réclamer aux établissements de santé une indemnité si cette spécialité ne fait l'objet ni d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3, ni d'une prise en charge au titre du deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ou de l'article L. 162-22-7 dans au moins l'une de ses indications. À compter du treizième mois, l'exploitant fournit la spécialité bénéficiant de l'accès direct à titre gracieux.
- ⑧7 « L'exploitant déclare le montant de l'indemnité maximale qu'il entend réclamer au Comité économique des produits de santé, qui en assure la publicité.
- ⑧8 « Avant le 15 février de chaque année, l'exploitant de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, dans le cadre du dispositif d'accès direct et dans chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente.
- ⑧9 « IV. – Lorsque la spécialité fait l'objet d'un avis de la commission de la Haute Autorité de santé compétente au titre de sa mission d'évaluation économique rendu après l'arrêté mentionné aux I et II, la période de prise en charge est prolongée pour couvrir douze mois à compter de la publication de cet avis.

- ⑨⑩ « V. – Pour chaque indication d’une spécialité à laquelle est accordé un accès direct, l’entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l’article L. 213-1 désignés par le directeur de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d’affaires hors taxes facturé aux établissements de santé au titre de l’indication et de la période considérées.
- ⑨① « Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d’affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑨② « VI. – Dans chaque indication considérée, l’accès direct prend fin au plus tard trois ans après la publication de l’arrêté mentionné au I du présent article. Il prend fin avant l’expiration de ce délai dans les cas suivants :
- ⑨③ « 1° Lorsque cette indication est inscrite, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l’une des listes mentionnées au premier alinéa de l’article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l’article L. 162-17 du présent code et, le cas échéant, que l’avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;
- ⑨④ « 2° Sur demande de l’exploitant ;
- ⑨⑤ « 3° En cas de refus d’inscription ou de retrait de la demande d’inscription de la spécialité, dans l’indication considérée, sur l’une des listes mentionnées au A du I du présent article ;
- ⑨⑥ « 4° En cas de manquement à l’un des engagements mentionnés au B du même I.
- ⑨⑦ « Sauf dans le cas prévu au 1° du présent VI, il est mis fin à l’accès direct par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑨⑧ « VII. – A. – Lorsqu’une spécialité pharmaceutique ayant fait l’objet d’une prise en charge au titre du dispositif d’accès direct est inscrite au remboursement pour l’indication donnée, au titre d’une autorisation de mise sur le marché incluant, en tout ou partie, cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du IV de l’article L. 162-18 détermine également le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire définies selon les modalités suivantes.

- ⑨⑨ « Le Comité économique des produits de santé calcule, après que l'entreprise exploitant cette spécialité a été mise à même de présenter ses observations :
- ⑩⑩ « 1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre du dispositif d'accès direct, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;
- ⑩① « 2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé au titre de l'indication concernée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge.
- ⑩② « Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2°, l'exploitant verse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale une remise supplémentaire égale à la différence entre ces deux montants.
- ⑩③ « Dans le cas contraire, la différence entre ces deux montants est restituée au laboratoire, dans la limite de la remise versée au titre du V du présent article pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge.
- ⑩④ « B. – Pour chaque indication considérée, la remise est versée en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement pour l'indication considérée a eu lieu.
- ⑩⑤ « VIII. – Le VII est applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, l'accès direct prend fin ou lorsqu'il y est mis fin sans que soit accordée une prise en charge par l'assurance maladie pour cette indication.
- ⑩⑥ « Dans ce cas, le Comité économique des produits de santé retient un prix de référence en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6.
- ⑩⑦ « En outre, pour l'application du B du VII du présent article, l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu correspond à l'année au cours de laquelle le prix de référence a été fixé.

- ⑩⑧ « IX. – Durant la période de continuité de traitement postérieure à l'accès direct :
- ⑩⑨ « 1° Lorsque la spécialité pharmaceutique concernée est inscrite sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'inscription sur ces listes s'appliquent ;
- ⑩⑩ « 2° Dans le cas contraire, les dernières conditions de dispensation sont maintenues. L'exploitant fournit la spécialité pour les continuités de traitement à titre gracieux.
- ⑩⑪ « En cas de manquement de l'exploitant à l'un des engagements pris au titre du B du I du présent article, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière mise à sa charge. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au même I au cours des deux années précédant la constatation du manquement.
- ⑩⑫ « 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. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- ⑩⑬ « X. – Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑩⑭ 8° Le VI est ainsi modifié :
- ⑩⑮ a) Au premier alinéa, après le mot : « compassionnel », sont insérés les mots : « prend fin » ;
- ⑩⑯ b) Le 1° est ainsi rédigé :
- ⑩⑰ « 1° Pour une durée de douze mois, pour le traitement d'un patient donné éligible à l'indication mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché dont bénéficie une spécialité qui n'est pas inscrite sur l'une des listes mentionnées au 2° du même V ; »

- ⑪⑧ c) Au début du 2°, sont ajoutés les mots : « Pour une durée de vingt-quatre mois » ;
- ⑪⑨ 9° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-16-5-3, les mots : « faisant l'objet » sont remplacés par les mots : « bénéficiant du dispositif d'accès direct mentionné à l'article L. 162-16-5-1-2, de la prise en charge correspondante ainsi que des continuités de traitement, » ;
- ⑪⑩ 10° L'article L. 162-16-5-4 est ainsi modifié :
- ⑪⑪ a) Les deux derniers alinéas du I *bis* sont remplacés par un 2° ainsi rédigé :
- ⑪⑫ « 2° Dans le cas contraire, les dernières conditions de prescription et de dispensation prévues au titre de l'accès précoce sont maintenues pendant la période de continuité du traitement mentionnée au 2° du I du présent article. Pendant cette période l'exploitant fournit la spécialité à titre gracieux. » ;
- ⑪⑬ b) Le I *ter* est abrogé ;
- ⑪⑭ 11° À l'article L. 162-16-5-4-1, après la référence : « L. 162-16-5-1-1, », est insérée la référence : « L. 162-16-5-1-2, » ;
- ⑪⑮ 12° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2, après la référence : « L. 162-16-5-1-1, », est insérée la référence : « L. 162-16-5-1-2, » ;
- ⑪⑯ 13° À la fin du 2° de l'article L. 162-17-4, les mots : « et L. 162-16-5-1-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-1-2 » ;
- ⑪⑰ 14° À la première phrase du premier alinéa du IV de l'article L. 162-18, après le mot : « indications, », sont insérés les mots : « de la prise en charge au titre de l'accès direct prévu à l'article L. 162-16-5-1-2, » et les mots : « puis de la prise en charge mentionnée à l'article L. 162-16-5-1-2 » sont supprimés ;
- ⑪⑱ 15° L'article L. 162-18-1 est ainsi modifié :
- ⑪⑲ a) Le I est ainsi modifié :
- ⑪⑳ – le 2° est complété par les mots : « , soit d'un accès direct en application de l'article L. 162-16-5-1-2 » ;

- ⑬③① – au 3°, après le mot : « marché », sont insérés les mots : « ni d'un accès direct, » ;
- ⑬③② b) La première phrase du premier alinéa du B du II est ainsi modifiée :
- ⑬③③ – les mots : « , tant que les entreprises mentionnées au I » sont remplacés par les mots : « au versement de remises par les entreprises mentionnées au I, tant que celles-ci » ;
- ⑬③④ – à la fin, les mots : « , au versement de remises par ces entreprises » sont remplacés par les mots : « ou un accès direct en application de l'article L. 162-16-5-1-2 » ;
- ⑬③⑤ 16° Au premier alinéa de l'article L. 162-18-3, après la référence : « L. 162-16-5-1-1, », sont insérés les mots : « au III de l'article L. 162-16-5-1-2, » et les mots : « ou au 2° du IV de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 » sont supprimés ;
- ⑬③⑥ 17° À la première phrase de l'article L. 162-23-6-1, après les deux occurrences de la référence : « L. 162-16-5-1-1 », est insérée la référence : « , L. 162-16-5-1-2 » ;
- ⑬③⑦ 18° À l'article L. 165-2, les mots : « pays européens présentant une taille totale de marché comparable » sont remplacés par les mots : « pays présentant des caractéristiques de marché comparables » ;
- ⑬③⑧ 19° À l'article L. 245-1, les mots : « de l'article L. 162-16-5-1 », sont remplacés par les mots : « des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-1-2 » et, à la fin, les mots : « ou au 2° du IV de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 » sont supprimés ;
- ⑬③⑨ 20° L'article L. 245-2 est ainsi modifié :
- ⑬④① a) À la seconde phrase des 1° et 3° et à la première phrase du dernier alinéa du I, au 3° du II et au premier alinéa du III, les mots : « de l'article L. 162-16-5-1 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-1-2 » ;
- ⑬④② b) Les mots : « ou au 2° du IV de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 » sont supprimés ;

- ⁽¹⁴²⁾ 21° À la première phrase du dernier alinéa du A du II de l'article L. 315-2, après la référence : « L. 162-16-5-1-1, », est insérée la référence : « L. 162-16-5-1-2, ».
- ⁽¹⁴³⁾ III. – Le second alinéa de l'article 281 *octies* du code général des impôts est complété par les mots : « ainsi que sur ceux bénéficiant de l'accès direct prévu à l'article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale ».
- ⁽¹⁴⁴⁾ IV. – A. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2026.
- ⁽¹⁴⁵⁾ B. – Les autorisations d'accès précoce délivrées au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, et dont l'échéance est postérieure à la date prévue au A du présent IV demeurent régies jusqu'à leur terme, ainsi qu'au titre d'éventuels renouvellements, par les dispositions du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la présente loi.
- ⁽¹⁴⁶⁾ Toutefois, les spécialités concernées par le premier alinéa du présent B peuvent faire l'objet, sur demande de l'exploitant dans l'indication concernée, d'une autorisation au titre de l'accès direct dans les conditions prévues à l'article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du présent article.
- ⁽¹⁴⁷⁾ Pour l'application du A du III de l'article L. 162-16-5-1-1 et du IV de l'article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant du présent article, le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire est déterminé en tenant compte également du chiffre d'affaires correspondant à la période de prise en charge au titre de l'autorisation d'accès précoce dans leur rédaction antérieure à la présente loi.
- ⁽¹⁴⁸⁾ L'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi reste applicable aux autorisations d'accès précoce délivrées avant la date prévue au A du présent IV.
- ⁽¹⁴⁹⁾ C. – Pour les spécialités qui sont, à la date mentionnée au A du présent IV, prises en charge par l'assurance maladie en application de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi, le VI du même article L. 162-16-5-2 leur est applicable dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

Article 35

- ① I. – À titre expérimental et pour une durée maximale de cinq ans, il est instauré une procédure de référencement applicable à certaines spécialités pharmaceutiques remboursables par l'assurance maladie.
- ② L'inscription sur l'une des listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale peut ainsi être subordonnée, à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à une procédure de référencement ayant pour objet de sélectionner des médicaments au sein :
 - ③ 1° D'un groupe générique défini au *b* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;
 - ④ 2° D'un groupe hybride défini au *d* du même 5° parmi les médicaments biologiques similaires substituables ;
 - ⑤ 3° D'un groupe biologique similaire défini au *b* du 15° du même article L. 5121-1 ;
 - ⑥ 4° D'un groupe de médicaments substituables défini par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.
- ⑦ Les groupes soumis à cette procédure sont déterminés en tenant compte notamment des volumes, de la dépense remboursée, de l'évolution de ces derniers, de leur impact environnemental, du nombre d'acteurs présents et des éventuels antécédents ou risques de tension ou de rupture d'approvisionnement.
- ⑧ La sélection des médicaments référencés est effectuée en fonction des garanties d'approvisionnement apportées par les entreprises concernées, au regard notamment de la diversité et de la sécurité des sources d'approvisionnement, ainsi que des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie. Elle peut également tenir compte de l'impact environnemental des spécialités ainsi que des objectifs de développement durable dans leur dimension économique et sociale. Les modalités d'évaluation de ces critères sont définies par décret.

- ⑨ La mise en œuvre de la procédure de référencement peut déroger aux dispositions relatives à la fixation et la révision du prix des médicaments remboursables et aux remises figurant respectivement aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-18 du code de la sécurité sociale. La procédure de référencement donne lieu à la sélection de plusieurs médicaments par groupes et les lots peuvent notamment être définis par zones géographiques ou par volumes.
- ⑩ Le Comité économique des produits de santé est chargé de la gestion et de la mise en œuvre, pour ce qui le concerne, de la procédure de référencement dans des conditions fixées par décret.
- ⑪ II. – Afin d’initier la procédure de référencement, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale saisissent le Comité économique des produits de santé en précisant les éléments devant être pris en compte dans le référencement, éventuellement associés aux pondérations minimales et maximales, la durée maximale du référencement, le nombre de lots avec leurs tailles respectives et la date d’entrée en vigueur.
- ⑫ Dans le cadre de la procédure de sélection des médicaments consécutive à la saisine, le Comité économique des produits de santé indique les critères retenus, leurs modes d’évaluation, leurs pondérations respectives, la durée du référencement, le nombre de lots et les prix minimal et maximal. Il précise que les médicaments sélectionnés sont référencés pour une période maximale définie par décret et ne pouvant excéder deux ans, le cas échéant prorogeable dans les conditions prévues par le même décret. Ces divers éléments sont mentionnés dans un avis, rendu public, comportant le calendrier général applicable à la procédure de référencement, l’information selon laquelle pendant cette même période les médicaments comparables qui ne sont pas sélectionnés sont exclus temporairement de la prise en charge et les modalités selon lesquelles les entreprises intéressées peuvent faire valoir leurs observations auprès du comité.
- ⑬ En vue du référencement de leurs médicaments, les laboratoires attributaires concluent avec le comité des conventions fixant les conditions tarifaires applicables et les engagements du laboratoire, notamment en termes de couverture du marché. La mise en œuvre d’une procédure de référencement ne peut conduire à placer, pour un médicament remboursable par l’assurance maladie, une entreprise en situation de monopole.

- ⑭ Les résultats de la procédure de référencement sont rendus publics par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui précise notamment la durée du référencement, la liste des médicaments référencés et des lots associés et ceux des médicaments dont l'inscription sur l'une des listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est modifiée par voie de conséquence ainsi que les conditions tarifaires applicables.
- ⑮ III. – Le référencement peut être soumis à un engagement des entreprises exploitant le médicament concerné ou des entreprises assurant son importation ou sa distribution parallèle de fournir des quantités minimales sur le marché français et de garantir une couverture suffisante du territoire national pendant l'intégralité de la période de référencement, y compris, le cas échéant, pendant sa prorogation.
- ⑯ En cas de non-respect des engagements mentionnés au premier alinéa du présent III par l'entreprise attributaire, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, sans délai, déroger aux stipulations de la convention pour pallier la défaillance de l'entreprise. Ils peuvent également, après avoir mis l'entreprise à même de présenter ses observations, mettre fin au référencement des médicaments concernés et, le cas échéant, procéder à une nouvelle procédure de sélection des médicaments en vue de leur référencement.
- ⑰ Les ministres compétents peuvent en outre :
- ⑱ 1° Prononcer une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise défaillante, d'un montant maximal égal à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre du dernier exercice clos au titre du médicament concerné par le manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 du même code sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie ;

- ①⁹ 2° Mettre à la charge financière de l'entreprise défaillante les surcoûts éventuels supportés par l'assurance maladie du fait d'un défaut d'approvisionnement en médicaments sélectionnés ou d'une mauvaise couverture du territoire. Le recouvrement des montants correspondants par l'organisme de prise en charge s'effectue selon la procédure prévue à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.
- ②⁰ IV. – Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de celle-ci afin, notamment, de déterminer l'opportunité et, le cas échéant, les conditions de sa pérennisation et de son extension.
- ②¹ V. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. Ce décret précise notamment la date de début de l'expérimentation, sa durée, la méthodologie de l'évaluation, ses objectifs et les modalités de sa conduite et de la rédaction du rapport mentionné au IV.

Article 36

- ① I. – 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. 314-2-4 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 314-2-4. – I. – Par dérogation à l'article L. 314-7, les établissements et services mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 accompagnant des mineurs ou des jeunes adultes en situation de handicap et faisant l'objet d'une orientation de la commission mentionnée à l'article L. 241-5 bénéficient d'une dotation globale de financement dont la part principale prend en compte, notamment, leur capacité autorisée, les modalités d'accueil proposées et les besoins d'accompagnement et, le cas échéant, de soins des personnes accompagnées. La part principale peut être modulée en fonction de l'activité réalisée et de l'atteinte d'objectifs relatifs à la qualité de l'accompagnement et à la coopération avec les partenaires éducatifs, sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. À la part principale peuvent s'ajouter des financements complémentaires définis dans le contrat prévu à l'article L. 313-12-2.
- ③ « II. – Afin de déterminer le montant de la dotation globale de financement mentionnée au I du présent article, chaque établissement ou service transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et à l'agence régionale de santé compétente les données nécessaires à son calcul, dans des conditions fixées par décret.

- ④ « III. – Les dispositions du I sont précisées par décret en Conseil d'État. »
- ⑤ II. – Par dérogation au I de l'article L. 314-2-4 du code de l'action sociale et des familles, pendant une période transitoire ne pouvant excéder huit ans, la part principale de la dotation globale de financement des établissements et services mentionnés au même article L. 314-2-4 est déterminée chaque année en fonction, d'une part, du montant de cette part versée au titre de l'année précédente et, d'autre part, du montant de la part principale qui résulterait de l'application de ces dispositions.
- ⑥ Les modalités d'application du premier alinéa du présent II, notamment la durée de la période transitoire et la formule de modulation appliquée pendant cette période, sont précisées par décret en Conseil d'État.
- ⑦ Pour 2027, la valeur de la part principale retenue au titre de l'année précédente est calculée à partir des informations mentionnées au V du présent article.
- ⑧ III. – Les deux dernières phrases de l'article L. 314-7-1 du code de l'action sociale et des familles sont applicables à tout établissement ou service médico-social mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du même code accompagnant des mineurs ou des jeunes adultes en situation de handicap et faisant l'objet d'une orientation de la commission mentionnée à l'article L. 241-5 dudit code à compter de la conclusion du contrat mentionné à l'article L. 313-12-2 du même code ou de l'inclusion de l'établissement ou du service dans un contrat mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12 du même code ou, à défaut, le 1^{er} janvier 2027.
- ⑨ IV. – Les I et II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.
- ⑩ V. – Dans des conditions fixées par décret, les établissements et services mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles accompagnant des mineurs ou des jeunes adultes en situation de handicap et faisant l'objet d'une orientation de la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du même code transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et à l'agence régionale de santé compétente, en 2026, les informations permettant de simuler le montant de la part principale et de la modulation calculées selon l'article L. 314-2-4 dudit code.

Article 37

- ① Le II de l'article 43 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est remplacé par des II et III ainsi rédigés :
- ② « II. – Afin de contribuer au financement du coût des mesures de revalorisations salariales, dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux à but non lucratif accueillant des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, résultant de l'accord de branche du 4 juin 2024 relatif à l'extension du Ségur dans le cadre de la politique salariale en lien avec la négociation sur la CCUE dans le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif, agréé le 25 juin 2024 dans les conditions mentionnées à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie verse aux départements une aide forfaitaire annuelle de 85 millions d'euros. Les modalités de la répartition de cette aide entre départements, qui tient compte du nombre de places dans ces établissements et services, sont précisées par décret.
- ③ « III. – A. – Le I du présent article est applicable à compter du 1^{er} novembre 2021.
- ④ « B. – Le II est applicable à compter du 1^{er} janvier 2025. »

Article 38

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 232-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Le département déduit du montant de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile les indemnités reçues par le bénéficiaire en réparation d'un dommage corporel qui couvrent des besoins figurant dans le plan d'aide mentionné au premier alinéa du présent article. Sont précisées par voie réglementaire les modalités selon lesquelles sont notamment déduites du montant de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile les indemnités provisionnelles, les indemnités versées sous forme de capital ainsi que les indemnités reçues en cours de droit. » ;

- ④ 2° Après le même article L. 232-4, il est inséré un article L. 232-4-1 ainsi rédigé :
- ⑤ « Art. L. 232-4-1. – Il appartient au bénéficiaire d’informer le département de toute indemnisation reçue en réparation d’un dommage corporel et de toute modification de son montant.
- ⑥ « À la demande du département, l’assureur ou le fonds d’indemnisation met à sa disposition les informations nécessaires à l’application du dernier alinéa de l’article L. 232-4, selon des modalités précisées par voie réglementaire. » ;
- ⑦ 3° L’article L. 245-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « Le département déduit du montant de la prestation de compensation les indemnités reçues par le bénéficiaire en réparation d’un dommage corporel qui couvrent des besoins figurant dans le plan de compensation mentionné au premier alinéa du présent article. Sont précisées par voie réglementaire les modalités selon lesquelles sont notamment déduites du montant de la prestation de compensation les indemnités provisionnelles, les indemnités versées sous forme de capital ainsi que les indemnités reçues en cours de droit. » ;
- ⑨ 4° Après le même article L. 245-6, il est inséré un article L. 245-6-1 ainsi rédigé :
- ⑩ « Art. L. 245-6-1. – Il appartient au bénéficiaire d’informer le département de toute indemnisation reçue en réparation d’un dommage corporel et de toute modification de son montant.
- ⑪ « À la demande du département, l’assureur ou le fonds d’indemnisation met à sa disposition les informations nécessaires à l’application du dernier alinéa de l’article L. 245-6, selon des modalités précisées par voie réglementaire. »
- ⑫ II. – L’avant-dernier alinéa de l’article 706-9 du code de procédure pénale est complété par les mots : « , à l’exception des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l’action sociale et des familles ».
- ⑬ III. – La première phrase du deuxième alinéa de l’article L. 1142-14 du code de la santé publique est complétée par les mots : « , à l’exception des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l’action sociale et des familles ».

- ⑭ IV. – La deuxième phrase du premier alinéa du IV de l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est complétée par les mots : « , à l'exception des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ».
- ⑮ V. – Le présent article s'applique aux demandes d'allocation personnalisée d'autonomie et de prestation de compensation déposées à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard du 1^{er} janvier 2027.

Article 39

- ① I. – L'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le cinquième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Un décret en Conseil d'État détermine les modalités générales d'établissement du diagnostic de ces maladies. » ;
- ③ 2° Le sixième alinéa est ainsi modifié :
- ④ a) Après le mot : « professionnelle », sont insérés les mots : « , après avis de médecins-conseils recueilli dans des conditions fixées par décret, » ;
- ⑤ b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Leur avis s'impose à la caisse. » ;
- ⑥ 3° Le septième alinéa est ainsi modifié :
- ⑦ a) Après le mot : « permanente », il est inséré le mot : « professionnelle » ;
- ⑧ b) Les mots : « à l'article L. 434-2 » sont remplacés par les mots : « au deuxième alinéa de l'article L. 434-1 A » ;
- ⑨ 4° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « les cas mentionnés aux deux alinéas précédents » sont remplacés par les mots : « le cas mentionné au septième alinéa du présent article ».
- ⑩ II. – Le 1° du I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 30 septembre 2026 ; les 2° et 4° du même I entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2027 ; le 3° dudit I entre en vigueur à la date fixée en application du V de l'article 90 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Article 40

- ① I. – Le premier alinéa de l'article L. 732-9-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par les mots : « , y compris lorsque le décès survient à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ».
- ② II. – Le I du présent article s'applique aux décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2026.

Article 41

- ① I. – Le dernier alinéa de l'article L. 213-4 du code des procédures civiles d'exécution est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase, les mots : « vingt-quatre derniers mois » sont remplacés par les mots : « cinq dernières années » ;
- ③ 2° À la seconde phrase, les mots : « vingt-quatre mois » sont remplacés par les mots : « cinq ans ».
- ④ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑤ 1° Au premier alinéa de l'article L. 581-3, après le mot : « termes », sont insérés les mots : « échus et » ;
- ⑥ 2° Au premier alinéa de l'article L. 581-6, les mots : « , dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, » sont supprimés.
- ⑦ III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2026.

Article 42

- ① I. – Le code de la défense est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 4138-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Le *b* du 1° est complété par les mots : « ainsi que du congé supplémentaire de naissance » ;
- ④ b) Au treizième alinéa, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « ou en congé supplémentaire de naissance » ;

- ⑤ 2° L'article L. 4138-4 est ainsi modifié :
- ⑥ a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Le congé supplémentaire de naissance est accordé pour une durée égale à celle mentionnée aux articles L. 631-3, L. 631-8 et L. 631-9 du code général de la fonction publique et donne lieu aux mêmes conditions de rémunérations que celles fixées à l'article L. 631-1 du même code. » ;
- ⑧ b) À la fin du second alinéa, les mots : « aux personnels militaires » sont supprimés ;
- ⑨ 3° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 4138-14, les mots : « ou du congé d'adoption qui peut » sont remplacés par les mots : « , du congé de paternité et d'accueil de l'enfant, du congé d'adoption ainsi que du congé supplémentaire de naissance qui peuvent ».
- ⑩ II. – Le code général de la fonction publique est ainsi modifié :
- ⑪ 1° Au dernier alinéa de l'article L. 326-14, après le mot : « adoption », sont insérés les mots : « ou du congé supplémentaire de naissance » ;
- ⑫ 2° À la fin du second alinéa de l'article L. 515-2, les mots : « ou du congé d'adoption » sont remplacés par les mots : « , du congé d'adoption ou du congé supplémentaire de naissance » ;
- ⑬ 3° L'article L. 631-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑭ « Toutefois, à compter de la date à laquelle il bénéficie du congé supplémentaire de naissance mentionné aux articles L. 631-3, L. 631-8 et L. 631-9, le traitement est réduit. La fraction du traitement maintenu, qui est dégressive entre le premier et le second mois du congé, ne peut être inférieure à 50 %. Le décret en Conseil d'État qui détermine les modalités d'application du présent alinéa fixe le niveau du traitement maintenu. » ;
- ⑮ 4° Le premier alinéa des articles L. 631-3, L. 631-8 et L. 631-9 est complété par les mots : « et à un congé supplémentaire de naissance pris dans le délai et pour la durée mentionnés à l'article L. 1225-46-2 du code du travail ».
- ⑯ III. – L'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite est ainsi modifié :
- ⑰ 1° Le dernier alinéa du 1° est supprimé ;

- ⑮ 2° Le 3° est complété par un *d* ainsi rédigé :
- ⑯ « *d*) Congé de solidarité familiale ; »
- ⑰ 3° Après le même 3°, sont insérés des 4° et 5° ainsi rédigés :
- ⑱ « 4° Dans les cas où l'agent titulaire est en activité et placé dans :
- ⑳ « *a*) L'un des congés de formation mentionnés aux articles L. 214-1, L. 215-1 et L. 422-1 du code général de la fonction publique ;
- ㉑ « *b*) L'un des congés liés aux responsabilités parentales ou familiales mentionnés aux chapitres I^{er}, III et IV du titre III du livre VI du même code ;
- ㉒ « *c*) L'un des congés liés à des activités civiques mentionnés au titre IV du même livre VI ;
- ㉓ « *d*) L'un des congés ou le travail à temps partiel pour raison de santé, accidents de services et maladies professionnelles mentionnés aux chapitres II et III du titre II du livre VIII dudit code ;
- ㉔ « *e*) L'un des congés prévus aux articles L. 621-1 et L. 651-1 du même code ;
- ㉕ « 5° En cas de détachement hors de son corps ou cadre d'emplois d'origine, dans les conditions prévues à l'article L. 513-1 du même code. » ;
- ㉖ 5° Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ㉗ « En ce qui concerne les fonctionnaires civils, hormis les positions prévues aux 1° à 5° du présent article, le temps passé dans une position ne comportant pas l'accomplissement de services effectifs n'est compté comme service effectif que dans la limite de cinq ans et sous réserve que les bénéficiaires subissent pendant ce temps, sur leur dernier traitement d'activité, les retenues prescrites par le présent code.
- ㉘ « Les modalités de prise en compte des périodes mentionnées aux 1°, 3° et 4° sont précisées par décret en Conseil d'État. »
- ㉙ IV. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ㉚ 1° À l'article L. 732-11, après la référence : « L. 732-10-1 », est insérée la référence : « , L. 732-12-1-1 » ;

- ③③ 2° Après l'article L. 732-12-1, il est inséré un article L. 732-12-1-1 ainsi rédigé :
- ③④ « Art. L. 732-12-1-1. – Les assurés mentionnés aux 1° et 2°, au *a* du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 qui cessent leur activité à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant ou qui ne reprennent pas leur activité après avoir épuisé leurs droits prévus aux articles L. 732-10, L. 732-10-1, L. 732-11 ou L. 732-12-1 bénéficient, sur leur demande, de prestations supplémentaires de naissance dans les conditions prévues au présent article.
- ③⑤ « Une allocation supplémentaire de remplacement leur est versée, sous réserve qu'ils se fassent remplacer par du personnel salarié dans les travaux de l'exploitation ou de l'entreprise agricole et ne reprennent pas leur activité pendant toute la durée d'indemnisation.
- ③⑥ « Lorsque le remplacement ne peut pas être effectué, une indemnité journalière forfaitaire leur est attribuée sous réserve qu'ils cessent tout travail sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole pendant toute la période d'indemnisation.
- ③⑦ « L'allocation de remplacement ou les indemnités journalières sont attribuées pour la même durée que l'indemnité journalière prévue à l'article L. 331-8-1 du code de la sécurité sociale.
- ③⑧ « Un décret détermine les modalités d'application du présent article, notamment les montants et la période pendant laquelle cette allocation ou ces indemnités peuvent être versées. »
- ③⑨ V. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ④⑩ 1° Au *b* du 1° du II de l'article L. 136-8, les mots : « de l'enfant » sont remplacés par les mots : « et de l'adoption de l'enfant et du congé supplémentaire de naissance » ;
- ④⑪ 2° L'article L. 168-7 est ainsi modifié :
- ④⑫ a) Le 1° de l'article L. 168-7 est complété par les mots : « ou du congé supplémentaire de naissance » ;
- ④⑬ b) Au 2°, après la référence : « L. 623-1 », est insérée la référence : « , L. 623-2 » ;

- ④④ 3° L'article L. 168-10 est ainsi modifié :
- ④⑤ a) Le 1° est complété par les mots : « ou du congé supplémentaire de naissance » ;
- ④⑥ b) Au 2°, après la référence : « L. 623-1 », est insérée la référence : « , L. 623-2 » ;
- ④⑦ 4° L'article L. 223-1 est ainsi modifié :
- ④⑧ a) Le 6° est complété par un *d* ainsi rédigé :
- ④⑨ « d) De la totalité du montant des indemnités versées dans les conditions prévues aux articles L. 331-8-1 et L. 623-2 du présent code et à l'article L. 732-12-1-1 du code rural et de la pêche maritime ; »
- ⑤① b) Au 7°, après le mot : « salariales », sont insérés les mots : « due aux ouvriers de l'État, aux magistrats de l'ordre judiciaire, aux militaires et aux fonctionnaires relevant des employeurs mentionnés à l'article L. 2 du code général de la fonction publique » et, après le mot : « enfant », sont insérés les mots : « , du congé supplémentaire de naissance » ;
- ⑤① c) Au 8°, les mots : « de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau » sont remplacés par les mots : « de la société nationale SNCF et de ses filiales et groupements d'intérêt économique relevant du champ du I de l'article L. 2101-2 du code des transports » et, après le mot : « enfant », sont insérés les mots : « , du congé supplémentaire de naissance » ;
- ⑤② 5° Le titre III du livre III est ainsi modifié :
- ⑤③ a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Assurance maternité, congé de paternité et d'accueil de l'enfant et congé supplémentaire de naissance » ;
- ⑤④ b) Au 3° de l'article L. 330-1, les mots : « et L. 331-9 » sont remplacés par les mots : « , L. 331-9 et L. 331-8-2 » ;
- ⑤⑤ c) À la fin de l'intitulé du chapitre I^{er}, les mots : « et au congé de paternité et d'accueil de l'enfant » sont remplacés par les mots : « , au congé de paternité et d'accueil de l'enfant et au congé supplémentaire de naissance » ;

⑤⑥ d) Après la section 4 du chapitre I^{er}, est insérée une section 4 *bis* ainsi rédigée :

⑤⑦ « Section 4 bis

⑤⑧ « **Congé supplémentaire de naissance**

⑤⑨ « Art. L. 331-8-1. – Lorsque l'assuré bénéficie du congé supplémentaire de naissance dans les conditions prévues à l'article L. 1225-46-2 du code du travail, il reçoit, pendant la durée de ce congé, une indemnité journalière, à condition de cesser tout travail salarié durant la période d'indemnisation et de remplir les conditions fixées aux I et II de l'article L. 313-1 du présent code.

⑥⑩ « Le montant de cette indemnité, qui correspond à une fraction des revenus d'activité antérieurs soumis à cotisations à la date de l'interruption du travail, retenus dans la limite d'un plafond et ramenés à une valeur journalière, est déterminé par un décret en Conseil d'État. Ce montant peut être rendu dégressif entre le premier et le second mois de ce congé.

⑥⑪ « Art. L. 331-8-2. – L'indemnité journalière prévue à l'article L. 331-8-1 ne peut être cumulée avec les dispositifs suivants :

⑥⑫ « 1° L'indemnité journalière prévue à l'article L. 321-1 ;

⑥⑬ « 2° Les indemnités journalières prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-9 ;

⑥⑭ « 3° Les indemnités journalières versées en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles prévues à l'article L. 433-1 ;

⑥⑮ « 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi par l'assurance chômage ou le régime de solidarité. » ;

⑥⑯ e) À la fin du 2° de l'article L. 331-9, les mots : « ou d'adoption » sont remplacés par les mots : « , d'adoption ou du congé supplémentaire de naissance » ;

⑥⑰ f) L'article L. 333-3 est complété par un 6° ainsi rédigé :

⑥⑱ « 6° L'indemnité journalière prévue à l'article L. 331-8-1 du présent code. » ;

⑥⑲ 6° Au 1° de l'article L. 351-3, après le mot : « travail », sont insérés les mots : « ou du congé supplémentaire de naissance » ;

- 70 7° Le premier alinéa de l'article L. 531-9 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il n'est pas non plus cumulable avec l'indemnité journalière mentionnée aux articles L. 331-8-1 et L. 623-2 du présent code et à l'article L. 732-12-1-1 du code rural et de la pêche maritime lorsque ces prestations sont versées au titre du même enfant. » ;
- 71 8° Le II de l'article L. 532-2 est ainsi modifié :
- 72 a) Le 1° est complété par les mots : « ou du congé supplémentaire de naissance » ;
- 73 b) Au 2°, après la référence : « L. 623-1 », est insérée la référence : « , L. 623-2 » ;
- 74 9° L'article L. 544-9 est ainsi modifié :
- 75 a) Le 1° est complété par les mots : « ou du congé supplémentaire de naissance » ;
- 76 b) Au 2°, après la référence : « L. 623-1 », est insérée la référence : « , L. 623-2 » ;
- 77 10° Le chapitre III du titre II du livre VI est ainsi modifié :
- 78 a) L'intitulé est complété par les mots : « et indemnités journalières supplémentaires de naissance » ;
- 79 b) L'article L. 623-2 est ainsi rétabli :
- 80 « Art. L. 623-2. – La mère, le père et, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou son concubin ainsi que les parents adoptifs ou accueillants auxquels s'applique le présent titre bénéficient, sur leur demande, d'indemnités journalières supplémentaires de naissance lorsqu'ils cessent d'exercer leur activité ou ne la reprennent pas à l'expiration des durées minimales mentionnées à l'article L. 623-1. Ces indemnités sont versées pour la durée mentionnée à l'article L. 331-8-1, à condition de ne pas reprendre cette activité pendant la durée d'indemnisation.
- 81 « Les montants des prestations sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées pour le plafond prévu à l'article L. 241-3.
- 82 « Un décret détermine les conditions d'application du présent article, notamment le montant de l'indemnité journalière forfaitaire et la période pendant laquelle la cessation d'activité peut avoir lieu. »

- ⑧③ VI. – Le code du travail est ainsi modifié :
- ⑧④ 1° Le chapitre V du titre II du livre II de la première partie est ainsi modifié :
- ⑧⑤ a) Après l'article L. 1225-4-4, il est inséré un article L. 1225-4-5 ainsi rédigé :
- ⑧⑥ « Art. L. 1225-4-5. – Aucun employeur ne peut rompre le contrat de travail d'un salarié pendant un congé supplémentaire de naissance prévu à l'article L. 1225-46-2.
- ⑧⑦ « Toutefois, l'employeur peut rompre le contrat s'il justifie d'une faute grave de l'intéressé ou de son impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à la naissance ou à l'arrivée de l'enfant. » ;
- ⑧⑧ b) À l'article L. 1225-6, après la référence : « L. 1225-4-3 », est insérée la référence : « , L. 1225-4-5 » ;
- ⑧⑨ c) Après la section 3, est insérée une section 3 *bis* ainsi rédigée :
- ⑨⑦ « Section 3 bis
- ⑨⑧ « ***Congé supplémentaire de naissance***
- ⑨② « Art. L. 1225-46-2. – Le salarié qui a bénéficié, en application du présent chapitre, d'un congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption bénéficie, après avoir épuisé ce droit à congé, d'un congé supplémentaire de naissance.
- ⑨③ « Toutefois, la condition d'avoir épuisé son droit à congé ne s'applique pas au salarié qui n'a pas exercé tout ou partie de ce droit faute de pouvoir bénéficier des indemnités et allocations versées dans les conditions prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-8 du code de la sécurité sociale ou par d'autres dispositions législatives ou réglementaires.
- ⑨④ « Le congé supplémentaire de naissance entraîne la suspension du contrat de travail.

- ⑨⑤ « La durée de ce congé est soit d'un mois, soit de deux mois, au choix du salarié. Ce congé peut être fractionné en deux parties d'un mois chacune. Au moins un mois de ce congé est pris de manière non simultanée avec l'autre parent. Pour le père et, le cas échéant, le conjoint de la mère, le partenaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou son concubin ainsi que les parents adoptifs ou accueillants, cette période du congé ne peut être prise pendant la durée du congé de maternité.
- ⑨⑥ « Le délai de prévenance de l'employeur quant à la date de prise du congé et sa durée ainsi que le délai dans lequel les jours de congé doivent être pris sont fixés par décret. Le délai de prévenance, qui peut être réduit notamment lorsque le congé est pris immédiatement après le congé de paternité ou le congé d'adoption, doit être compris entre quinze jours et un mois. La fixation du délai dans lequel le congé peut être pris tient compte de ce que la durée des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant et d'adoption peut être augmentée en application des articles L. 1225-17 à L. 1225-22 du présent code ou d'une convention ou d'un accord collectif de travail.
- ⑨⑦ « *Art. L. 1225-46-3.* – La durée du congé supplémentaire de naissance est assimilée à une période de travail effectif pour la détermination des droits que le salarié tient de son ancienneté.
- ⑨⑧ « Le salarié conserve le bénéfice de tous les avantages qu'il avait acquis avant le début du congé.
- ⑨⑨ « *Art. L. 1225-46-4.* – Le salarié ne peut exercer aucune autre activité professionnelle pendant la durée du congé.
- ⑩① « *Art. L. 1225-46-5.* – En cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du foyer, le salarié a le droit de reprendre son activité avant le terme prévu du congé supplémentaire de naissance.
- ⑩① « *Art. L. 1225-46-6.* – À l'issue du congé supplémentaire de naissance, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.
- ⑩② « *Art. L. 1225-46-7.* – Le salarié qui reprend son activité initiale à l'issue du congé supplémentaire de naissance a droit à l'entretien professionnel mentionné au I de l'article L. 6315-1, si cet entretien n'a pas déjà été réalisé à l'issue des congés de maternité ou d'adoption. » ;

- ⑩③ 2° La première phrase du second alinéa du I de l'article L. 6315-1 est ainsi modifiée :
- ⑩④ a) Les mots : « d'un congé de maternité » sont remplacés par les mots : « des congés de maternité et d'adoption, ou le cas échéant à l'issue d'un congé supplémentaire de naissance » ;
- ⑩⑤ b) Les mots : « d'un congé d'adoption, » sont supprimés ;
- ⑩⑥ 3° Aux articles L. 6323-12, L. 6323-28 et L. 6323-35, après le mot : « adoption, », sont insérés les mots : « d'un congé supplémentaire de naissance, ».
- ⑩⑦ VII. – L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifiée :
- ⑩⑧ 1° Le I de l'article 20-1 est ainsi modifié :
- ⑩⑨ a) À la fin du 7°, les mots : « ou durant le congé d'adoption » sont remplacés par les mots : « , le congé d'adoption ou le congé supplémentaire de naissance » ;
- ⑩⑩ b) Les 7° *quater* et 7° *sexies* sont complétés par les mots : « ou de leur congé supplémentaire de naissance » ;
- ⑩⑪ c) Le 7° *septies* est complété par les mots : « à l'occasion de l'adoption ou de son congé supplémentaire de naissance » ;
- ⑩⑫ d) À la fin du 7° *octies*, les mots : « ou d'une adoption » sont remplacés par les mots : « , d'une adoption ou d'un congé supplémentaire de naissance » ;
- ⑩⑬ 2° Au second alinéa de l'article 20-6, les mots : « et d'adoption » sont remplacés par les mots : « d'adoption et de congé supplémentaire de naissance » ;

- ⑪④ 3° L'article 20-8 est ainsi modifié :
- ⑪⑤ a) Le cinquième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées :
« L'indemnité est versée également durant le congé supplémentaire de naissance défini à l'article L. 1225-46-2 du même code à condition que l'assuré cesse tout travail salarié pendant la période d'indemnisation. Son montant est réduit pendant cette période et peut être rendu dégressif en fonction de la durée du congé. » ;
- ⑪⑥ b) À l'avant-dernier alinéa, après le mot : « adoption », sont insérés les mots : « ainsi que celles versées pendant le congé supplémentaire de naissance » ;
- ⑪⑦ c) Le dernier alinéa est complété par les mots : « ainsi que du congé supplémentaire de naissance » ;
- ⑪⑧ 4° Après l'article 20-10-2, il est inséré un article 20-10-2-1 ainsi rédigé :
- ⑪⑨ « Art. 20-10-2-1. – L'article L. 623-2 du code de la sécurité sociale et l'article L. 732-12-1-1 du code rural et de la pêche maritime relatifs aux indemnités journalières et aux allocations forfaitaires de naissance sont applicables à Mayotte. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. »
- ⑪⑩ VIII. – La section 4 *quater* du chapitre II du titre I^{er} de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans le Département de Mayotte est complétée par un article 10-8 ainsi rédigé :
- ⑪⑪ « Art. 10-8. – Le complément de libre choix du mode de garde n'est pas cumulable avec les indemnités journalières, les allocations forfaitaires ou les indemnités complémentaires de remplacement perçues durant le congé supplémentaire de naissance mentionnées aux 7°, 7° *quater*, 7° *sexies*, 7° *septies* et 7° *octies* de l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 susvisée, lorsque ces prestations sont versées au titre du même enfant. »
- ⑪⑫ IX. – Les articles L. 631-1, L. 631-3, L. 631-8 et L. 631-9 du code général de la fonction publique sont applicables aux agents des administrations parisiennes dans leur rédaction résultant de la présente loi.
- ⑪⑬ X. – Le présent article est applicable pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2026 ainsi qu'aux enfants nés avant cette date dont la naissance était censée intervenir à compter de cette date.

Article 43

- ① I. – Le code des pensions civiles et militaires de retraite est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 84 est ainsi rédigé :
- ③ « Art. L. 84. – Sous réserve du présent titre, les articles L. 161-22 à L. 161-22-1-4 du code de la sécurité sociale s'appliquent à l'ensemble des personnes régies par le présent code. » ;
- ④ 2° L'article L. 85 est abrogé ;
- ⑤ 3° L'article L. 86 est ainsi rédigé :
- ⑥ « Art. L. 86. – Par dérogation au C du III de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, le titulaire d'une pension militaire qui perçoit des revenus professionnels ou de remplacement de l'un des employeurs mentionnés à l'article L. 86-1 du présent code peut cumuler intégralement sa pension et ces revenus dans la limite d'un plafond annuel égal à la somme, pour l'année considérée, du tiers du montant brut de sa pension et de la moitié du minimum fixé au a de l'article L. 17. Lorsqu'un excédent est constaté, la pension est réduite à due concurrence.
- ⑦ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, peuvent entièrement cumuler leur pension servie avec les revenus professionnels et de remplacement :
- ⑧ « 1° Le titulaire d'une pension militaire non officier rémunérant moins de vingt-cinq années de services et le titulaire d'une pension militaire qui atteignent la limite d'âge du grade qu'ils détenaient en activité ou la limite de durée de services qui leur était applicable en activité, même dans le cas où leur pension se trouve modifiée à la suite de services nouveaux effectués pendant un rappel à l'activité donnant lieu à promotion de grade ;
- ⑨ « 2° Le titulaire d'une pension ayant atteint, avant le 1^{er} janvier 2004, la limite d'âge qui lui était applicable dans son ancien emploi.
- ⑩ « Le bénéficiaire d'une pension militaire concerné par le régime de cumul prévu au premier alinéa est tenu de faire connaître annuellement au service qui lui verse sa pension le montant de ses revenus professionnels et de remplacement. » ;

- ⑪ 4° Au premier alinéa de l'article L. 86-1, les mots : « deuxième alinéa de l'article L. 84 » sont remplacés par les mots : « premier alinéa de l'article L. 86 » ;
- ⑫ 5° Au premier alinéa de l'article L. 92, la référence : « L. 85 » est remplacée par la référence : « L. 86 ».
- ⑬ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑭ 1° Au 2° du II de l'article L. 254-1, les mots : « premier alinéa du V » sont remplacés par les mots : « troisième alinéa » ;
- ⑮ 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 411-64, la référence : « V » est remplacée par les mots : « troisième alinéa » ;
- ⑯ 3° L'article L. 732-39, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement pour la sécurité sociale pour 2025, est ainsi rédigé :
- ⑰ « Art. L. 732-39. – Le service d'une pension de vieillesse liquidée au titre du régime institué au présent chapitre est subordonné à la cessation définitive de l'activité non salariée agricole.
- ⑱ « Par dérogation au premier alinéa, le présent article n'est applicable ni aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant une activité donnant lieu à affiliation au régime de protection sociale des non-salariés agricoles sur le fondement du 2° du I de l'article L. 722-5 ou par application de coefficients d'équivalence fixés pour les productions hors sol mentionnés au 1° du même I, ni aux personnes mentionnées à l'article L. 321-5 et au 2° de l'article L. 722-10.
- ⑲ « L'arrêté mentionné à l'article L. 722-5-1 détermine, dans la limite maximale des deux cinquièmes de la surface minimale d'assujettissement, la superficie dont un agriculteur est autorisé à poursuivre l'exploitation ou la mise en valeur sans que cela fasse obstacle au service des prestations d'assurance vieillesse liquidées par un régime obligatoire.
- ⑳ « Le présent article ne fait pas obstacle à l'exercice des activités énumérées au B du I de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale. » ;
- ㉑ 4° Les deux derniers alinéas de l'article L. 732-40, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 précitée, sont supprimés ;

- ②② 5° L'article L. 781-29 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ②③ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, les articles L. 732-39 et L. 732-40, dans leur rédaction issue de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2026, sont applicables aux assurés qui entrent en jouissance de leur première pension servie au titre du régime des non-salariés des professions agricoles à compter du 1^{er} janvier 2027. »
- ②④ III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ②⑤ 1° L'article L. 161-17 est ainsi modifié :
- ②⑥ a) La première phrase du second alinéa du III est ainsi modifiée :
- ②⑦ – après le mot : « obligatoires », sont insérés les mots : « , de base et complémentaires, » ;
- ②⑧ – sont ajoutés les mots : « , à l'exclusion des nouveaux droits acquis au titre de l'article L. 161-22-1-1 ou de dispositions équivalentes applicables par les régimes de retraite complémentaires » ;
- ②⑨ b) La seconde phrase du même second alinéa devient le dernier alinéa du III ;
- ③⑩ c) Après la première phrase du IV, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Cette estimation ne concerne pas les nouveaux droits acquis au titre de l'article L. 161-22-1-1 ou de dispositions équivalentes applicables par les régimes de retraite complémentaires. » ;
- ③① 2° L'article L. 161-22 est ainsi rédigé :
- ③② « Art. L. 161-22. – I. – A. – Le service d'une pension de vieillesse liquidée au titre d'un régime de retraite de base légalement obligatoire et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret est subordonné :
- ③③ « 1° Pour les assurés exerçant une activité salariée, à la rupture du lien professionnel avec l'employeur ;
- ③④ « 2° Pour les assurés relevant du régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles, à la cessation de l'activité non salariée agricole dans les conditions prévues aux articles L. 732-39 et L. 732-40 du code rural et de la pêche maritime ;

- ③⑤ « 3° Pour les fonctionnaires civils et militaires, à la radiation des cadres prévue à l'article L. 3 du code des pensions civiles et militaires de retraite.
- ③⑥ « B. – La condition prévue au 1° du A du présent I n'est pas applicable aux assurés exerçant une des activités définies par décret en Conseil d'État et correspondant :
- ③⑦ « 1° À des activités dont la nature ou le caractère accessoire ne permet ou ne justifie pas une rupture du lien avec l'employeur à la date de l'entrée en jouissance de la pension ;
- ③⑧ « 2° À des activités pour lesquelles l'assuré est logé par son employeur ;
- ③⑨ « 3° À des activités pour lesquelles il existe des difficultés de recrutement ;
- ④⑩ « 4° À des activités d'intérêt général ou concourant à un service public.
- ④⑪ « II. – Le service d'une pension de retraite personnelle liquidée au titre d'un régime d'assurance vieillesse de base est suspendu lorsque l'assuré :
- ④⑫ « 1° Reprend une activité non salariée agricole mentionnée au 2° du A du I ;
- ④⑬ « 2° Lorsqu'il a atteint l'âge prévu à l'article L. 161-17-2, reprend ou poursuit une activité sans être entré en jouissance de ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé.
- ④⑭ « Pour l'application du présent 2°, la pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut demander l'entrée en jouissance de cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celle-ci prend fin.
- ④⑮ « Le présent 2° n'est pas applicable à la pension servie par un des régimes mentionnés aux 1° à 5° de l'article L. 161-22-1-2 lorsqu'elle est servie aux assurés mentionnés aux mêmes 1° à 5°.

- ④⑥ « III. – A. – Une pension de vieillesse personnelle servie au titre d'un régime légal ou rendu légalement obligatoire, de base ou complémentaire, peut être cumulée avec une activité professionnelle dans les conditions suivantes :
- ④⑦ « 1° Lorsque l'âge de l'assuré est inférieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2, la pension servie est réduite à due concurrence des revenus professionnels et de remplacement ;
- ④⑧ « 2° Lorsque l'âge de l'assuré est au moins égal à l'âge prévu au même article L. 161-17-2 et inférieur à celui prévu au 1° de l'article L. 351-8 et que les revenus professionnels et de remplacement excèdent un seuil fixé par décret, la pension servie est réduite à due concurrence de la moitié du dépassement de ce seuil ;
- ④⑨ « 3° Lorsque l'âge de l'assuré est au moins égal à l'âge prévu au même 1°, la pension peut être entièrement cumulée avec les revenus professionnels et de remplacement.
- ⑤⑦ « Pour l'assuré mentionné aux 1° et 2° du présent A qui perçoit des pensions de vieillesse de droits propres servies par plusieurs régimes de retraite de base et complémentaires, un décret détermine les modalités selon lesquelles la réduction prévue aux mêmes 1° et 2° est imputée à chaque pension en fonction des montants des pensions versées par chaque régime. Cette réduction est appliquée, par priorité, sur les pensions versées par les régimes de retraite de base. La somme des réductions imputée sur chaque pension ne peut excéder la réduction prévue auxdits 1° et 2°.
- ⑤① « Les revenus de remplacement pris en compte pour l'application du présent A sont les indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1, l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail, les indemnités prévues au titre II du livre IV de la cinquième partie du même code ainsi que les dispositions légales et réglementaires ayant le même objet déterminées par décret.
- ⑤② « B. – Les revenus professionnels et de remplacement perçus à l'occasion de l'exercice d'une activité d'intérêt général ou concourant à un service public ne sont pas pris en compte pour l'application du A du présent III dans des conditions, notamment d'âge, de durée, de plafond ou de lieu d'exercice de l'activité professionnelle, fixées par décret en Conseil d'État.

- ⑤③ « C. – Par dérogation au A, peuvent cumuler entièrement leur pension avec les revenus professionnels et de remplacement :
- ⑤④ « 1° Les assurés mentionnés aux 1° à 5° de l'article L. 161-22-1-2 dont la pension est servie par ces mêmes régimes ;
- ⑤⑤ « 2° Les fonctionnaires mentionnés à l'article L. 414-4 du code général de la fonction publique avec les revenus perçus à l'occasion de l'exercice d'une activité mentionnée à l'article L. 611-1 du code de la sécurité intérieure, lorsque la pension est servie par le régime de la fonction publique de l'État.
- ⑤⑥ « IV. – Le présent article n'est pas applicable à l'assuré qui demande ou qui bénéficie d'une pension au titre d'une retraite progressive prévue par des dispositions législatives ou réglementaires, notamment par les articles L. 161-22-1-5 du présent code et L. 89 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite.
- ⑤⑦ « V. – Sauf disposition contraire, les dispositions d'application du présent article sont prises par décret. » ;
- ⑤⑧ 3° Le 2° de l'article L. 161-22-1 est ainsi rédigé :
- ⑤⑨ « 2° Aux assurés remplissant les conditions leur permettant de cumuler entièrement le service de leur pension et les revenus tirés de l'exercice d'une activité professionnelle, prévues au 3° du A du III de l'article L. 161-22. » ;
- ⑥① 4° Le dernier alinéa de l'article L. 161-22-1-1 est supprimé ;
- ⑥② 5° L'article L. 161-22-1-2 est complété par des 4° et 5° ainsi rédigés :
- ⑥③ « 4° Des titulaires d'une pension militaire prévue à l'article L. 6 du code des pensions civiles et militaires de retraite ;
- ⑥④ « 5° Des titulaires de pensions civiles et militaires ou d'une solde de réforme allouées pour invalidité. » ;
- ⑥⑤ 6° L'article L. 161-22-1-4 est ainsi modifié :
- ⑥⑥ a) Le début de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigé : « Les dispositions du 2° du II ainsi que des 1° et 2° du A du III de l'article L. 161-22 peuvent être suspendues par décret... (*le reste sans changement*). » ;

- ⑥⑥ b) Au deuxième alinéa, les mots : « règles de plafond, de seuil ou de délai minimal de reprise d'activité, » sont remplacés par le mot : « dispositions » ;
- ⑥⑦ 7° Les articles L. 634-6, L. 643-6 et L. 653-7 sont abrogés ;
- ⑥⑧ 8° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 642-4-2, les mots : « remplissant les conditions prévues aux troisième à avant-dernier alinéas de l'article L. 643-6 » sont remplacés par les mots : « relevant du 3° du A du III de l'article L. 161-22 » ;
- ⑥⑨ 9° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 645-2, la référence : « L. 643-6 » est remplacée par la référence : « L. 161-22 ».
- ⑦⑩ IV. – L'article L. 5552-38 du code des transports est ainsi modifié :
- ⑦⑪ 1° À la fin du premier alinéa, les mots : « dispositions du titre III du livre II du code des pensions civiles et militaires de retraite » sont remplacés par les mots : « articles L. 161-22 à L. 161-22-1-4 du code de la sécurité sociale » ;
- ⑦⑫ 2° Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦⑬ « Par dérogation au C du III de l'article L. 161-22 du même code, lorsque le titulaire d'une pension du régime de l'assurance vieillesse des marins perçoit des revenus d'activité, à compter de la liquidation de cette pension et que ces revenus proviennent de l'un des employeurs mentionnés à l'article L. 86-1 du code des pensions civiles et militaires de retraite, le cumul de cette pension et des revenus d'activité est autorisé dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 86 du même code. » ;
- ⑦⑭ 3° Le second alinéa est ainsi modifié :
- ⑦⑮ a) Au début, les mots : « Toutefois, le » sont remplacés par les mots : « Le deuxième alinéa du présent article n'est pas applicable au » ;
- ⑦⑯ b) Après le mot : « réglementaire », la fin est supprimée.

- ⑦⑦ V. – Le *e bis* du 1° de l'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est ainsi rédigé :
- ⑦⑧ « *e bis*) L'article L. 161-22 est ainsi modifié :
- ⑦⑨ « – au premier alinéa du A du I, les mots : “d'un régime de retraite de base légalement obligatoire” sont remplacés par les mots : “du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon” ;
- ⑧⑩ « – les 2° et 3° du A du I et le 1° du II ne sont pas applicables ;
- ⑧⑪ « – au premier alinéa du A du III, après les mots : “servie au titre”, sont insérés les mots : “du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ainsi que, le cas échéant, ” ;
- ⑧⑫ « – à l'avant-dernier alinéa du même A, après les mots : “propres servies par”, sont insérés les mots : “le régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ainsi que par” ; ».
- ⑧⑬ VI. – À la fin de la cinquième phrase du premier alinéa du I de l'article 6-1 de la loi n° 89-1007 du 31 décembre 1989 relative au corps des ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne, les mots : « I de l'article L. 86 du code des pensions civiles et militaires de retraite » sont remplacés par les mots : « C du III de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ».
- ⑧⑭ VII. – L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :
- ⑧⑮ 1° Le 1° de l'article 14-1 est ainsi rédigé :
- ⑧⑯ « 1° À l'article L. 161-22 :
- ⑧⑰ « a) Au A du I :
- ⑧⑱ « – au premier alinéa, les mots : “d'un régime de retraite de base légalement obligatoire” sont remplacés par les mots : “du régime d'assurance vieillesse applicable à Mayotte” ;
- ⑧⑲ « – les 2° et 3° ne sont pas applicables ;
- ⑧⑳ « b) Le 1° du II n'est pas applicable ;

- ⑨① « c) Au A du III :
- ⑨② « – au premier alinéa, après les mots : “servie au titre”, sont insérés les mots : “du régime d’assurance vieillesse applicable à Mayotte ainsi que, le cas échéant,” ;
- ⑨③ « -les deux occurrences des mots : “à l’article L. 161-17-2” sont remplacées par les mots : “au premier alinéa de l’article 6 de la présente ordonnance” ;
- ⑨④ « – chaque occurrence des mots : “1° de l’article L. 351-8 ” est remplacée par les mots : “second alinéa de l’article 6 de la présente ordonnance” ;
- ⑨⑤ « – à l’avant-dernier alinéa, après les mots : “ propres servies par”, sont insérés les mots : “le régime d’assurance vieillesse applicable à Mayotte ainsi que par” ; »
- ⑨⑥ 2° Le I *bis* de l’article 23-4 est ainsi modifié :
- ⑨⑦ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑨⑧ – la référence : « L. 634-6 » est remplacée par la référence : « L. 161-22 » ;
- ⑨⑨ – à la fin, les mots : « sous réserve de l’adaptation suivante : » sont supprimés ;
- ⑩① b) Le second alinéa est supprimé.
- ⑩① VIII. – Après le 2° du B du VIII de l’article 87 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, il est inséré un 4° ainsi rédigé :
- ⑩② « 4° Les articles L. 732-39 et L. 732-40 du code rural et de la pêche maritime dans leur rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2026 sont applicables aux assurés qui entrent en jouissance de leur première pension servie au titre du régime des non-salariés des professions agricoles à compter du 1^{er} janvier 2027. »
- ⑩③ IX. – Le présent article s’applique aux assurés qui entrent en jouissance de leur première pension de vieillesse de base à compter du 1^{er} janvier 2027.

- ⑩ Par dérogation, le présent article n'est pas applicable lorsque le titulaire de la pension est entré en jouissance, avant cette date, d'une autre pension de vieillesse de base, à l'exception d'une pension liquidée au titre des 1° à 5° de l'article L. 161-22-1-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du présent article.

Article 44

(Supprimé)

Article 45

- ① I. – Le code des pensions civiles et militaires de retraite est ainsi modifié :
- ② 1° (*nouveau*) Après le *b bis* de l'article L. 12, il est inséré un *b ter* ainsi rédigé :
- ③ « *b ter*) Bonification d'un trimestre pour chacun de leurs enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2004, pour les femmes fonctionnaires ou militaires, ayant accouché postérieurement à leur recrutement ; »
- ④ 2° (*nouveau*) L'article L. 12 *bis* est complété par les mots : « , dont l'un est pris en compte au titre de la bonification prévue au *b ter* de l'article L. 12. » ;
- ⑤ 3° L'article L. 25 *bis* est ainsi modifié :
- ⑥ a) À la première phrase, les mots : « et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli » sont remplacés par les mots : « dans des conditions déterminées par décret et qui justifient d' » ;
- ⑦ b) La seconde phrase est supprimée ;
- ⑧ c) Sont ajoutés cinq alinéas ainsi rédigés :
- ⑨ « Ce décret précise notamment les conditions dans lesquelles peuvent être réputés avoir donné lieu au versement de cotisations à la charge de l'assuré tout ou partie :
- ⑩ « 1° Des périodes de service national ;

- ⑪ « 2° Des périodes pendant lesquelles les fonctionnaires ont été placés en congé de maladie statutaire ainsi que des périodes comptées comme périodes d'assurance dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au titre de la maladie, de la maternité et de l'incapacité temporaire ;
- ⑫ « 3° Des périodes d'assurance validées en application des articles L. 381-1 et L. 381-2 du code de la sécurité sociale et des périodes pendant lesquelles les fonctionnaires, les magistrats et les militaires remplissaient les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général mentionnées aux mêmes articles L. 381-1 et L. 381-2, mais étaient affiliés à un régime spécial ;
- ⑬ « 4° Des trimestres de bonification ou de majoration de durée d'assurance attribués en application du *b* de l'article L. 12 et de l'article L. 12 *bis* du présent code, des articles L. 351-4 et L. 351-5 du code de la sécurité sociale ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes. »
- ⑭ II. – Après l'article L. 781-29 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un article L. 781-29-1 ainsi rédigé :
- ⑮ « *Art. L. 781-29-1.* – S'agissant de la retraite anticipée pour carrière longue prévue à l'article L. 732-18-1, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, les droits à pension sont appréciés dans les conditions prévues à l'article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2026. »
- ⑯ III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑰ 1° L'article L. 351-1-1 est ainsi modifié :
- ⑱ *a)* À la première phrase, les mots : « et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli » sont remplacés par les mots : « dans des conditions déterminées par décret et qui justifient d' » ;
- ⑲ *b)* La seconde phrase est supprimée ;

- ⑳ c) Sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés :
- ㉑ « Ce décret précise notamment les conditions dans lesquelles peuvent être réputés avoir donné lieu au versement de cotisations à la charge de l'assuré tout ou partie :
- ㉒ « 1° De certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes ;
- ㉓ « 2° Des périodes d'assurance validées en application des articles L. 381-1 et L. 381-2 et des périodes pendant lesquelles les fonctionnaires, les magistrats et les militaires vérifiaient les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général mentionnées aux mêmes articles L. 381-1 et L. 381-2, mais étaient affiliés à un régime spécial ;
- ㉔ « 3° Des trimestres de bonification ou de majoration de durée d'assurance attribués en application des articles L. 351-4 et L. 351-5 du présent code, du *b* de l'article L. 12 et de l'article L. 12 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes. » ;
- ㉕ 2° Le IX de l'article L. 351-4 est abrogé ;
- ㉖ 3° Le II de l'article L. 643-3 est ainsi rédigé :
- ㉗ « II. – L'âge prévu au premier alinéa du I est abaissé dans les conditions définies à l'article L. 351-1-1, les références au régime général étant remplacées par celles au régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales. » ;
- ㉘ 4° Le II de l'article L. 653-2 est ainsi rédigé :
- ㉙ « II. – L'âge prévu au premier alinéa du I est abaissé dans les conditions définies à l'article L. 351-1-1, les références au régime général étant remplacées par celles au régime d'assurance vieillesse de base des avocats. »

- ③① IV. – Le B du VIII de l'article 87 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ③② « S'agissant de la retraite anticipée pour carrière longue prévue à l'article L. 732-18-1 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, les droits à pension sont appréciés, pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} septembre 2026, dans les conditions prévues à l'article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2026. »
- ③③ V. – Le présent article s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} septembre 2026. Le I est applicable à la même date aux assurés relevant de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ainsi qu'à ceux relevant du régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État.

Article 45 bis

- 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 : « 1968 » est remplacée par l'année : « 1969 » ;
- ④ b) Le second alinéa est remplacé par neuf alinéas ainsi rédigés :
- ⑤ « Cet âge est fixé à :
- ⑥ « 1° Soixante-deux ans et trois mois, pour les assurés nés entre le 1^{er} septembre 1961 et le 31 décembre 1961 ;
- ⑦ « 2° Soixante-deux ans et six mois, pour les assurés nés en 1962 ;
- ⑧ « 3° Soixante-deux ans et neuf mois, pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1963 et le 31 mars 1965 ;
- ⑨ « 4° Soixante-trois ans, pour les assurés nés entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 1965 ;
- ⑩ « 5° Soixante-trois ans et trois mois, pour les assurés nés en 1966 ;

- ⑪ « 6° Soixante-trois ans et six mois, pour les assurés nés en 1967 ;
- ⑫ « 7° Soixante-trois ans et neuf mois, pour les assurés nés en 1968.
- ⑬ « Pour les assurés nés avant le 1^{er} septembre 1961, il est celui applicable dans la rédaction du présent article antérieure à la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2026. » ;
- ⑭ 2° (*nouveau*) L'article L. 161-17-3 est ainsi modifié :
 - ⑮ a) À la fin du 4°, les mots : « en 1963 » sont remplacés par les mots : « entre le 1^{er} janvier 1963 et le 31 mars 1965 » ;
 - ⑯ b) À la fin du 5°, les mots : « en 1964 » sont remplacés par les mots : « entre le 1^{er} avril 1965 et le 31 décembre 1965 » ;
 - ⑰ c) À la fin du 6°, l'année : « 1965 » est remplacée par l'année : « 1966 ».
- ⑱ II. – Le code des pensions civiles et militaires de retraite est ainsi modifié :
 - ⑲ 1° À la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 13, les mots : « au 6° de » sont remplacés par le mot : « à » ;
 - ⑳ 2° Au 1° de l'article L. 14 *bis*, les mots : « à l'article » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa de l'article ».
- ㉑ III. – Le XXIV de l'article 10 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi modifié :
 - ㉒ 1° Les 2° à 4° du A sont abrogés ;
 - ㉓ 2° (*nouveau*) Le *b* du 1° du B est remplacé par des *b* à *e* ainsi rédigés :
 - ㉔ « *b*) Pour ceux nés entre le 1^{er} septembre 1966 et le 31 décembre 1967, à 169 trimestres ;
 - ㉕ « *c*) Pour ceux nés entre le 1^{er} janvier 1968 et le 31 mars 1970, à 170 trimestres ;
 - ㉖ « *d*) Pour ceux nés entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 1970, à 171 trimestres ;
 - ㉗ « *e*) Pour ceux nés à compter du 1^{er} janvier 1971, à 172 trimestres ; »

- ②⑧ 3° (*nouveau*) Le *b* du 2° du B est remplacé par des *b* à *e* ainsi rédigés :
- ②⑨ « *b*) Pour ceux nés entre le 1^{er} septembre 1971 et le 31 décembre 1972, à 169 trimestres ;
- ③⑦ « *c*) Pour ceux nés entre le 1^{er} janvier 1973 et le 31 mars 1975, à 170 trimestres ;
- ③① « *d*) Pour ceux nés entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 1975, à 171 trimestres ;
- ③② « *e*) Pour ceux nés à compter du 1^{er} janvier 1976, à 172 trimestres. » ;
- ③③ 4° (*nouveau*) Le 2° du C est ainsi modifié :
- ③④ *a*) Après le mot : « trimestre », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « au 1^{er} janvier 2025 puis au 1^{er} janvier 2027. » ;
- ③⑤ *b*) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « À compter du 1^{er} janvier 2028, cette durée est égale à la durée mentionnée au 6° de l'article L. 161-17-3 du code de la sécurité sociale. » ;
- ③⑥ 5° (*nouveau*) Les 1° et 2° du F sont ainsi rédigés :
- ③⑦ « 1° Pour les fonctionnaires relevant du deuxième alinéa du 1° du I du même article L. 24, l'âge anticipé est fixé :
- ③⑧ « *a*) À cinquante-sept ans pour ceux nés avant le 1^{er} septembre 1966 ;
- ③⑨ « *b*) À cinquante-sept ans et trois mois pour ceux nés entre le 1^{er} septembre 1966 et le 31 décembre 1966 ;
- ④⑦ « *c*) À cinquante-sept ans et six mois pour ceux nés en 1967 ;
- ④① « *d*) À cinquante-sept ans et neuf mois pour ceux nés entre le 1^{er} janvier 1968 et le 31 mars 1970 ;
- ④② « *e*) À cinquante-huit ans pour ceux nés entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 1970 ;
- ④③ « *f*) À cinquante-huit ans et trois mois pour ceux nés en 1971 ;
- ④④ « *g*) À cinquante-huit ans et six mois pour ceux nés en 1972 ;
- ④⑤ « *h*) À cinquante-huit ans et neuf mois pour ceux nés en 1973 ;

- ④⑥ « i) À cinquante-neuf ans pour ceux nés à compter du 1^{er} janvier 1974 ;
- ④⑦ « 2° Pour les fonctionnaires relevant des troisième à dernier alinéas du même 1°, l'âge minoré est fixé :
- ④⑧ « a) À cinquante-deux ans pour ceux nés avant le 1^{er} septembre 1971 ;
- ④⑨ « b) À cinquante-deux ans et trois mois pour ceux nés entre le 1^{er} septembre 1971 et le 31 décembre 1971 inclus ;
- ⑤⑩ « c) À cinquante-deux ans et six mois pour ceux nés en 1972 ;
- ⑤⑪ « d) À cinquante-deux ans et neuf mois pour ceux nés entre le 1^{er} janvier 1973 et le 31 mars 1975 ;
- ⑤⑫ « e) À cinquante-trois ans pour ceux nés entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 1975 ;
- ⑤⑬ « f) À cinquante-trois ans et trois mois pour ceux nés en 1976 ;
- ⑤⑭ « g) À cinquante-trois ans et six mois pour ceux nés en 1977 ;
- ⑤⑮ « h) À cinquante-trois ans et neuf mois pour ceux nés en 1978 ;
- ⑤⑯ « i) À cinquante-quatre ans pour ceux nés à compter du 1^{er} janvier 1979. » ;
- ⑤⑰ 6° (*nouveau*) Le G est ainsi rédigé :
- ⑤⑱ « G. – Par dérogation aux 2° à 4° de l'article L. 25 du code des pensions civiles et militaires de retraite, l'âge avant lequel la liquidation ne peut intervenir est fixé :
- ⑤⑲ « 1° À l'âge applicable avant l'entrée en vigueur du présent XXIV, pour ceux nés avant le 1^{er} septembre 1971 ;
- ⑥① « 2° À cinquante-deux ans et trois mois pour ceux nés entre le 1^{er} septembre 1971 et le 31 décembre 1971 inclus ;
- ⑥② « 3° À cinquante-deux ans et six mois pour ceux nés en 1972 ;
- ⑥③ « 4° À cinquante-deux ans et neuf mois pour ceux nés entre le 1^{er} janvier 1973 et le 31 mars 1975 ;
- ⑥④ « 5° À cinquante-trois ans pour ceux nés entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 1975 ;

- ⑥4 « 6° À cinquante-trois ans et trois mois pour ceux nés en 1976 ;
- ⑥5 « 7° À cinquante-trois ans et six mois pour ceux nés en 1977 ;
- ⑥6 « 8° À cinquante-trois ans et neuf mois pour ceux nés en 1978 ;
- ⑥7 « 9° À cinquante-quatre ans pour ceux nés à compter du 1^{er} janvier 1979. » ;
- ⑥8 7° (*nouveau*) Le H est ainsi rédigé :
- ⑥9 « H. – Par dérogation au III de l'article 37 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, l'âge d'ouverture du droit à pension pour les fonctionnaires mentionnés au même III est égal :
- ⑦0 « 1° À soixante ans pour ceux nés avant le 1^{er} septembre 1963 ;
- ⑦1 « 2° À soixante ans et trois mois pour ceux nés entre le 1^{er} septembre 1963 et le 31 décembre 1963 ;
- ⑦2 « 3° À soixante ans et six mois pour ceux nés en 1964 ;
- ⑦3 « 4° À soixante ans et neuf mois pour ceux nés entre le 1^{er} janvier 1965 et le 31 mars 1967 ;
- ⑦4 « 5° À soixante et un ans pour ceux nés entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 1967 ;
- ⑦5 « 6° À soixante et un ans et trois mois pour ceux nés en 1968 ;
- ⑦6 « 7° À soixante et un ans et six mois pour ceux nés en 1969 ;
- ⑦7 « 8° À soixante et un ans et neuf mois pour ceux nés en 1970 ;
- ⑦8 « 9° À soixante-deux ans pour ceux nés à compter du 1^{er} janvier 1971. »
- ⑦9 IV. – (*Supprimé*)

- ⑧⑩ V. – Le 1° de l'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est ainsi modifié :
- ⑧⑪ 1° Le *b* est ainsi rédigé :
- ⑧⑫ « *b*) L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :
- ⑧⑬ « – au premier alinéa, l'année : "1969" est remplacée par l'année : "1971" ;
- ⑧⑭ « – au 1°, les mots : "entre le 1^{er} septembre 1961 et le 31 décembre 1961" sont remplacés par les mots : "entre le 1^{er} janvier 1963 et le 30 septembre 1965" ;
- ⑧⑮ « – au 2°, les mots : "en 1962" sont remplacés par les mots : "entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 1965" ;
- ⑧⑯ « – au 3°, les mots : "entre le 1^{er} janvier 1963 et le 31 mars 1965" sont remplacés par les mots : "en 1966" ;
- ⑧⑰ « – au 4°, les mots : "entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 1965" sont remplacés par les mots : "en 1967" ;
- ⑧⑱ « – les années : "1966", "1967" et "1968" sont remplacées respectivement par les années : "1968", "1969" et "1970" ; »
- ⑧⑲ 2° (*nouveau*) Les sept derniers alinéas du *c* sont ainsi rédigés :
- ⑧⑳ « 166 trimestres pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1963 et le 30 septembre 1965 ;
- ⑨① « 167 trimestres pour les assurés nés entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 1965 ;
- ⑨② « 168 trimestres pour les assurés nés en 1966 ;
- ⑨③ « 169 trimestres pour les assurés nés en 1967 ;
- ⑨④ « 170 trimestres pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1968 et le 31 décembre 1970 ;
- ⑨⑤ « 171 trimestres pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1971 et le 31 décembre 1973 ;
- ⑨⑥ « 172 trimestres pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1974 ; ».

- ⑨⑦ VI (*nouveau*). – Le premier alinéa de l'article 6 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifié :
- ⑨⑧ 1° À la première phrase, l'année : « 1969 » est remplacée par l'année : « 1970 » ;
- ⑨⑨ 2° À la fin de la seconde phrase, l'année : « 1968 » est remplacée par l'année : « 1969 » ;
- ⑩⑩ 3° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation à la seconde phrase du présent alinéa, cet âge est fixé à soixante-deux ans et six mois pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1963 et le 30 juin 1965 et à soixante-deux ans et neuf mois pour les assurés nés entre le 1^{er} juillet 1965 et le 31 décembre 1965. »
- ⑩⑪ VII (*nouveau*). – Le présent article s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} septembre 2026, à l'exception du V, qui s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} mars 2026.
- ⑩⑫ VIII (*nouveau*). – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport détaillé sur la situation actuelle des pensions de retraite à Mayotte, qui porte en particulier sur les modalités d'une accélération de la convergence vers le droit commun.

TITRE II

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

Article 46

- 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 401 millions d'euros pour l'année 2026.

- 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 les 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 190 millions d'euros pour l'année 2026.

Article 47

- 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 202,20 millions d'euros pour l'année 2026.
- 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 395,54 millions d'euros pour l'année 2026.
- 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 56,27 millions d'euros pour l'année 2026.
- 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 143,69 millions d'euros pour l'année 2026.
- 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 69,97 millions d'euros pour l'année 2026.
- 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 115,80 millions d'euros pour l'année 2026.

- 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 108,40 millions d'euros pour l'année 2026.
- 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 44,76 millions d'euros pour l'année 2026.
- 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 19,45 millions d'euros pour l'année 2026.
- 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 11,74 millions d'euros pour l'année 2026.
- 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 un maximum de 43,55 millions d'euros pour l'année 2026.
- ⑫ XII. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Agence nationale du développement professionnel continu prévue à l'article L. 4021-6 du code de la santé publique est fixé à un maximum de 225,14 millions d'euros pour l'année 2026.
- ⑬ XIII. – Les montants des dotations octroyées aux entités mentionnées aux I à XI peuvent être complétés par le versement de sommes fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans le respect d'un plafond correspondant à la réalisation du sixième sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article 52.

Article 48

Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès est fixé à 267,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 49

- ① Pour l'année 2026, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

②

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	114,9
Dépenses relatives aux établissements de santé	112,7
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	18,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	16
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement.....	6,3
Autres prises en charge	3,3
Total.....	271,4

Article 50

- 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 387 millions d'euros au titre de l'année 2026.

- 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 374 millions d'euros au titre de l'année 2026.
- ③ III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1,6 milliard d'euros au titre de l'année 2026.
- 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 2026, respectivement à 223 millions d'euros et à 13,79 millions d'euros.

Article 51

Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles est fixé à 18,0 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 52

Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche Vieillesse est fixé à 307,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 53

Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale est fixé à 59,4 milliards d'euros.

Article 54

Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche Autonomie de la sécurité sociale est fixé à 43,5 milliards d'euros.

ANNEXE

(Supprimé)