

**ANNEXE 9
FICHES
D'ÉVALUATION
PRÉALABLE
DES ARTICLES
DU PROJET DE
LOI**

PLFSS 2021

SOMMAIRE

PLFSS 2021 - Annexe 9

<i>Articles 3 et 10 – Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au titre de 2020 et de 2021</i>	6
<i>Article 4 – Contribution au financement de la prime Covid pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)</i>	13
<i>Article 6 – Mise en œuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise Covid</i>	17
<i>Article 11 – Affectation à la CNAM des excédents de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la CPRP SNCF</i>	21
<i>Article 12 – Sécurisation du mode de calcul de l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS)</i> . 28	
<i>Article 13 – Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE)</i>	33
<i>Article 14 – Simplification des démarches déclaratives et de paiement des cotisations sur les revenus issus de l'économie collaborative</i>	38
<i>Article 15 – Simplifier les démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles</i>	50
<i>Article 16 – Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie</i>	61
<i>Article 17 – Mécanisme de sauvegarde sur les produits de santé</i>	92
<i>Article 18 – Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale</i>	98
<i>Article 25 – Revalorisation des carrières des personnels non médicaux dans les établissements de santé et les EHPAD</i>	108
<i>Article 26 – Relancer l'investissement pour la santé</i>	116
<i>Article 27 – Dotation aux établissements de santé assurant le service public hospitalier</i>	124
<i>Article 28 – Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé</i>	131
<i>Article 29 – Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine</i>	165
<i>Article 30 – Pérennisation et développement des maisons de naissance</i>	170
<i>Article 31 – Soutien au développement des hôtels hospitaliers</i>	178
<i>Article 32 – Prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations</i>	183
<i>Article 33 – Report de la convention médicale</i>	188
<i>Article 34 – Assurer une meilleure prévention des risques et garantir la préservation de la santé au travail par une action coordonnée des professionnels de santé sur le territoire</i>	191
<i>Article 35 – Allonger la durée du congé paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre obligatoire</i>	199
<i>Article 36 – Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave</i>	212
<i>Article 37 – Revalorisation et transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité</i>	223
<i>Article 38 – Prises en charge dérogatoires des médicaments (refonte ATU – RTU)</i>	231
<i>Article 39 – Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile</i>	282
<i>Article 40 – Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire</i>	292
<i>Article 41 – Modernisation du financement des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux</i>	301
<i>Article 42 – Isolement et Contention</i>	307
<i>Article 46 – Report de la commission sur la sous-déclaration des AT/MP</i>	319
<i>Avis des caisses</i>	322

Articles 3 et 10 – Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au titre de 2020 et de 2021

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'impact de la gestion de l'épidémie de Covid-19 sur les dépenses de santé entraîne, toutes choses égales par ailleurs, de moindres charges pour les organismes complémentaires d'assurance maladie du fait notamment d'une baisse du volume des soins hospitaliers, des soins de ville et des dépenses d'équipements de soins.

Il apparaît dès lors légitime que ces organismes participent aux dépenses exceptionnelles auxquelles l'assurance maladie doit faire face dans le cadre de la gestion de l'épidémie.

Plusieurs éléments conduisent en effet à générer mécaniquement un gain financier important pour les OC alors que l'assurance maladie obligatoire supporte quant à elle de très importantes dépenses supplémentaires :

- La baisse de l'activité de soins constatée depuis la phase aigüe de l'épidémie a généré pour les OC de moindres dépenses de soins estimées à environ 2,3 Md€ pour la période de mars à juillet 2020 : le confinement a eu des effets massifs sur des activités de soins où la participation des OC est particulièrement importante. C'est le cas des soins dentaires ou des ventes de lunettes, complètement à l'arrêt pendant le confinement ou encore des consultations chez les médecins spécialistes qui ont chuté de moitié pendant la même période. Au vu des données d'activité disponibles depuis la fin du confinement, on peut aujourd'hui écarter le scénario d'un rattrapage massif de l'activité perdue et l'essentiel de la baisse des coûts observée au 1^{er} semestre devrait être conservée à la fin de l'année : l'estimation pour l'ensemble de l'année est de 2 Md€ de moindres dépenses pour les organismes complémentaires. Ceux-ci ayant tenu compte dans la fixation de leurs tarifs pour 2020 d'un volume prévisionnel de soins bien supérieur à ce qui sera in fine constaté sur l'année, ils bénéficieront pleinement de ces moindres dépenses.
- A cette économie s'ajoute le bénéfice pour les OC de la prise en charge à 100 % par l'AMO des téléconsultations, qui ont explosé pendant le confinement (allant jusqu'à représenter un quart des consultations auprès d'un généraliste) et contribué à réduire la baisse d'activité des généralistes pour un gain estimé sur l'ensemble de l'année à 100 M€ pour les OC. En outre, les OC bénéficient de l'annulation des mesures de hausse du ticket modérateur sur les actes et consultations externes ainsi que de l'entrée en vigueur plus tardive qu'initialement prévu de la hausse du ticket modérateur sur les nouveaux honoraires des pharmaciens, mesures initialement prévues en 2020 pour un rendement global de 150 M€.

Au total, l'ensemble de ces effets représenterait de l'ordre de 2,2 Md€.

Pour estimer l'effet net de la crise sur les organismes complémentaires, il convient néanmoins de soustraire de ce total les impacts de la portabilité des droits et la baisse du chiffre d'affaires concernant les contrats collectifs dont les cotisations sont déterminées en fraction de la masse salariale.

Ces effets sont estimés pour la seule année 2020 et ne tiennent pas compte des éventuelles moindres dépenses des OC qui pourraient intervenir en 2021 en fonction de la situation sanitaire.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à créer, au titre des années 2020 et 2021, une contribution exceptionnelle à la charge des OC aux dépenses auxquelles l'assurance maladie a dû faire face du fait de l'épidémie. Pour mémoire, la prévision de l'ONDAM est en effet supérieure de 10,1 Md€ en 2020 par rapport au niveau projeté initialement, soit une progression de 7,6% contre 2,4% en construction initiale. De la même façon, l'ONDAM 2021 compte une provision de plus de 4 Md€ pour faire face à la crise.

La participation des OC sera lissée sur deux années – en 2020 et 2021 – de manière à prendre en compte l'impact durable de la crise sur la prise en charge respective par l'AMO et l'AMC des dépenses d'assurance maladie.

Cette contribution sera fixée à hauteur de 1 Md€ en 2020 et 500 M€ en 2021. Ce montant est donc très largement inférieur à celui des économies qui seront réalisées par les organismes complémentaires sur l'année 2020. Il pourra être ajusté pour l'année 2021 en fonction de l'évolution de la situation sanitaire.

Dans un objectif de simplicité déclarative et de sécurité juridique, la contribution aura une assiette proche de celle de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunérations des professionnels de santé (taxe OC). La contribution sera ainsi assise sur le chiffre d'affaires en santé, soit le montant des primes et des cotisations d'assurance maladie complémentaire perçues par les organismes au titre de chacune des années concernées.

Néanmoins, si elle vise bien les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire, l'assiette de la TSA inclut également les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières versées par la sécurité sociale. Dans un souci de cohérence avec l'objectif de la contribution qui vise à tenir compte des moindres remboursements de frais de santé exposés par les organismes complémentaires, il est proposé de circonscrire l'assiette de la contribution aux seules cotisations afférentes aux garanties de protection

complémentaire en matière de frais de santé, et d'exclure les cotisations au titre d'indemnités journalières complémentaires.

La dernière assiette connue de TSA est celle de l'année 2019, qui s'est élevée à 38,7 Md€, dont 37,6 Md€ au titre des garanties frais de santé qui entrent dans le champ de cette contribution exceptionnelle. Il convient par conséquent de calibrer les contributions dues en 2020 et 2021 à respectivement 2,6 % et 1,3 %, ces taux prenant en compte une croissance modérée anticipée pour les primes et cotisations en 2021.

La contribution sera recouvrée concomitamment à la TSA, selon les mêmes modalités. Elle sera déclarée et versée au plus tard le 31 janvier de l'année suivant celle au titre de laquelle elle est due, lors de la déclaration de TSA relative au 4^{ème} trimestre de l'année, et pourra faire l'objet d'une régularisation au plus tard le 30 juin. La contribution au titre de 2020 sera ainsi déclarée et versée au plus tard au 31 janvier 2021, et régularisée au plus tard le 30 juin 2021. La contribution au titre de 2021 sera déclarée et versée au plus tard le 31 janvier 2022, et régularisée au plus tard le 30 juin 2022.

b) Autres options possibles

Une modulation du niveau de fiscalité selon le type d'organismes ou la nature des contrats qu'ils ont conclus afin de cibler plus précisément les excédents réalisés à titre exceptionnel du fait de moindres dépenses de soins pendant la crise sanitaire a été écartée dès lors qu'elle ne présentait pas les garanties de sécurité juridique suffisantes. Le choix d'une assiette alternative au chiffre d'affaires a également été étudié, tel que le résultat en santé, mais n'a pas pu être retenu car une telle option soulèverait d'importantes difficultés en termes de calibrage financier, allongerait la mise en œuvre de la contribution et pourrait induire des effets de distorsion de concurrence entre acteurs du marché.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Les dispositions du présent article concernent le montant de contributions qui sont affectées à la sécurité sociale et relèvent donc du 3^o du B du V de l'article LO 111-3 du CSS. Elles auront en outre un effet sur les recettes de ces régimes et relèvent ainsi également du 2^o du B du V du même article.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement à ce sujet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Cette contribution exceptionnelle ne fait pas l'objet de codification.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non-applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure non-applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non-applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non-applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier de la mesure est de 1 Md€ en 2020 et 500 M€ en 2021.

Pour l'année 2020, la mesure a été calibrée à partir du montant de la dernière assiette connue de TSA et l'anticipation d'une légère hausse en 2020. L'application du taux de 2,6% à cette assiette devrait permettre d'atteindre le rendement recherché.

Pour l'année 2021, il est pris l'hypothèse d'une relative stabilité de l'assiette de la contribution ce qui conduit à retenir un taux de contribution de 1,3% pour aboutir à un rendement de 500 M€.

Comme cela est mis en place pour la TSA, le dispositif prévoit un mécanisme de régularisation en N+1 afin de permettre aux OC d'ajuster (solde ou remboursement) le montant de la contribution due.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre	+ 1 000	+ 500			
- Maladie	+1 000	+ 500			
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

La contribution est instituée pour les seules années 2020 et 2021 compte tenu du caractère exceptionnel de la crise. L'impact de cette contribution, qui correspond à une partie de l'augmentation de la profitabilité des OC sur cette période, n'a donc pas d'incidence sur le niveau des cotisations ou primes facturées aux assurés par ces derniers.

Cette contribution concerne l'ensemble des OC. Il existe donc potentiellement des effets de redistribution entre organismes qui demeurent difficiles à mesurer. Néanmoins, l'assiette retenue qui porte sur le chiffre d'affaires de ces organismes réalisés au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due (les primes et cotisations versées par les assurés au profit de ces organismes) est de nature à éviter ces potentiels effets et garantit une proportionnalité à leur activité réelle.

La mise en place de cette contribution n'est pas de nature à remettre en cause le respect des exigences de solvabilité par les organismes redevables.

b) Impacts sociaux

Sans objet.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La contribution sera déclarée au moyen de la déclaration de la taxe de solidarité additionnelle (TSA). Elle ne devrait pas faire l'objet d'une charge administrative supplémentaire pour les redevables.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Le recouvrement de cette contribution sera confié à l'URSSAF d'Ile-de-France, qui est l'organisme compétent pour le recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle (TSA). Les systèmes d'information sont d'ores et déjà adaptés pour permettre la mise en œuvre de cette mesure.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Cette mesure ne nécessite aucun texte d'application et est directement applicable.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Cette mesure ne nécessite pas de mesures transitoires.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les redevables seront informés par l'ACOSS.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi du versement de cette contribution sera assuré par l'URSSAF d'Ile-de-France et l'assurance maladie obligatoire.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	<p align="center">Article non-codifié (partie rectificative du PLFSS)</p>
	<p>Il est institué, au titre de l'année 2020, une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.</p> <p>Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 en activité au 31 décembre 2020.</p> <p>La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées en 2020, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, au profit de ces organismes selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II bis de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, à l'exception des garanties mentionnées au 4° du II bis du même article.</p> <p>Le taux de la contribution est fixé à 2,6%.</p> <p>La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée au même article L. 862-4, concomitamment au recouvrement de cette même taxe. Elle est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2021. Elle peut faire l'objet d'une régularisation annuelle selon les mêmes modalités que la contribution mentionnée à l'article L. 862-4, au plus tard le 30 juin 2021.</p> <p>Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues au premier alinéa de l'article L. 862-5.</p>
	<p align="center">Article non-codifié</p>
	<p>Il est institué, au titre de l'année 2021, une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.</p> <p>Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 en activité au 31 décembre 2021.</p> <p>La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées en 2021, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, au profit de ces organismes selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II bis de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, à l'exception des garanties mentionnées au 4° du II bis du même article.</p> <p>Le taux de la contribution est fixé à 1,3%.</p> <p>La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée au même article L. 862-4, concomitamment au recouvrement de cette même taxe. Elle est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2022. Elle peut faire l'objet d'une régularisation annuelle selon les mêmes modalités que la contribution mentionnée à l'article L. 862-4, au plus tard le 30 juin 2022.</p> <p>Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues au premier alinéa de l'article L. 862-5.</p>

Article L. 862-4 du code de la sécurité sociale	Article L. 862-4 modifié du code de la sécurité sociale
<p>I. — Il est perçu une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire versées pour les personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.</p> <p>La taxe est assise sur le montant des sommes stipulées au profit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, d'une entreprise régie par le code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service. Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient, directement ou indirectement, du fait de l'assuré.</p> <p>La taxe est perçue par l'organisme mentionné au deuxième alinéa ou son représentant fiscal pour le compte des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être désigné par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes. La taxe est liquidée sur le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré.</p> <p>Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget précise les documents à fournir par les organismes mentionnés au deuxième alinéa à l'appui de leurs versements.</p> <p>II. — Le taux de la taxe est fixé à 13,27 %.</p> <p>Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1.</p> <p>Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire, sous réserve que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues au même article L. 871-1.</p> <p>Lorsque les conditions prévues aux deuxième ou troisième alinéas du présent II ne sont pas respectées, le taux est majoré de 7 points.</p> <p>Il bis.-Par dérogation au II, le taux de la taxe est fixé :</p> <p>1° A 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé souscrites dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code général des impôts ;</p> <p>2° A 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4 et L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la</p>	<p>I. — Il est perçu une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire versées pour les personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.</p> <p>La taxe est assise sur le montant des sommes stipulées au profit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, d'une entreprise régie par le code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service. Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient, directement ou indirectement, du fait de l'assuré.</p> <p>La taxe est perçue par l'organisme mentionné au deuxième alinéa ou son représentant fiscal pour le compte des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être désigné par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes. La taxe est liquidée sur le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré.</p> <p>Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget précise les documents à fournir par les organismes mentionnés au deuxième alinéa à l'appui de leurs versements.</p> <p>II. — Le taux de la taxe est fixé à 13,27 %.</p> <p>Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1.</p> <p>Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire, sous réserve que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues au même article L. 871-1.</p> <p>Lorsque les conditions prévues aux deuxième ou troisième alinéas du présent II ne sont pas respectées, le taux est majoré de 7 points.</p> <p>Il bis.-Par dérogation au II, le taux de la taxe est fixé :</p> <p>1° A 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé souscrites dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code général des impôts ;</p> <p>2° A 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4 et L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la</p>

<p>famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation si les garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1 du présent code, et à 20,27 % si ces conditions ne sont pas respectées ;</p> <p>3° A 14 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;</p> <p>4° A 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° de l'article L. 321-1, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et à cette seule condition dans le cadre des contrats mentionnés au troisième alinéa du II du présent article, et à 14 % si ces conditions ne sont pas respectées.</p> <p>Les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° du même article L. 321-1 figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II bis sont exonérées.</p> <p>III.-Les modalités de versement ou d'imputation des remboursements prévus aux a et b de l'article L. 862-2 sont précisées par décret.</p> <p>IV.-(Abrogé).</p> <p>V.-Les déclarations et versements afférents à cette taxe sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au premier alinéa du présent V entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % de la taxe dont la déclaration ou le versement n'a pas été effectué par voie dématérialisée. Ces majorations sont versées à l'organisme chargé du recouvrement de cette taxe dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à cette taxe.</p>	<p>famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation si les garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1 du présent code, et à 20,27 % si ces conditions ne sont pas respectées ;</p> <p>3° A 14 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;</p> <p>4° A 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° de à l'article L. 321-1, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et à cette seule condition dans le cadre des contrats mentionnés au troisième alinéa du II du présent article, et à 14 % si ces conditions ne sont pas respectées.</p> <p>Les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° du même article L. 321-1 figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II bis sont exonérées.</p> <p>III.-Les modalités de versement ou d'imputation des remboursements prévus aux a et b de l'article L. 862-2 sont précisées par décret.</p> <p>IV.-(Abrogé).</p> <p>V.-Les déclarations et versements afférents à cette taxe sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au premier alinéa du présent V entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % de la taxe dont la déclaration ou le versement n'a pas été effectué par voie dématérialisée. Ces majorations sont versées à l'organisme chargé du recouvrement de cette taxe dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à cette taxe.</p>
--	---

Article 4 – Contribution au financement de la prime Covid pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Pour reconnaître pleinement la mobilisation des professionnels présents sur le terrain au plus fort de la crise épidémique du Covid-19, une prime exceptionnelle défiscalisée et désocialisée a été créée par l'article 11 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020.

S'agissant des professionnels sociaux et médico-sociaux intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, cette prime a été intégralement financée par l'Assurance maladie pour ceux d'entre eux qui exercent dans un établissement ou service médico-social financé ou cofinancé par l'Assurance maladie. Une enveloppe de 750 M€ a été déléguée à cet effet aux agences régionales de santé.

Au-delà de ces professionnels, l'engagement des professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile financés par les collectivités départementales, qui sont au plus proche des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap, a été et demeure crucial.

Pour encourager fortement les départements à s'engager dans le versement de primes aux salariés du secteur, le Gouvernement a souhaité mettre en place un dispositif de soutien exceptionnel : une enveloppe nationale de 80 M€, calculée pour permettre avec la contribution des départements le versement de primes au prorata temporis, doit ainsi être répartie entre les départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Elle sera mobilisable en contrepartie d'un effort financier au moins égal des collectivités et d'un engagement des assemblées départementales à verser un montant de primes aux salariés présents sur le terrain pendant la période de crise. Les conseils départementaux ayant déjà versé la prime sont éligibles au soutien national.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

La mesure vise à permettre à la CNSA de financer ce dispositif de soutien exceptionnel, grâce notamment à la réorientation de crédits prévus par le XI de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, qui étaient destinés à préfigurer la réforme du financement des services à domicile, et qui n'ont pu être consommés du fait de la crise épidémique. L'enveloppe est par ailleurs augmentée pour atteindre 80M€.

Les crédits seront attribués aux collectivités départementales qui auront financé cette prime exceptionnelle pour les professionnels des SAAD. La CNSA répartira cette enveloppe financière de 80 M€ entre les départements en fonction du volume d'activité réalisée en 2018 par ces SAAD.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure relative au financement des SAAD, financée pour partie par des crédits affectés en section I du budget de la CNSA, relèvent bien du domaine de la LFSS au titre du 4° du B du V de l'article LO 111-3.

Cette mesure modifie par ailleurs un article figurant déjà lui-même dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet. De manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure modifie un article lui-même non codifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Applicable
Mayotte	Applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie ou branche autonomie	- 30 M€				
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

La mesure vise à créer une dynamique avec les conseils départementaux afin que ces derniers financent le versement d'une prime exceptionnelle Covid aux professionnels des SAAD. Cette prime, défiscalisée et désocialisée, versée au plus tard sur la paie de décembre 2020, améliorera le pouvoir d'achat de ces professionnels.

b) Impacts sociaux

La mesure, qui vise à créer une dynamique avec les conseils départementaux pour un versement effectif de la prime exceptionnelle Covid aux professionnels des SAAD, permettra une juste reconnaissance de l'engagement de ces professionnels au plus près des personnes âgées et des personnes en situation de handicap au plus fort de la crise. L'engagement de ces professionnels a été crucial pour prendre soin de ces populations extrêmement vulnérables face à cette épidémie de Covid 19.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

La mesure est sans impact sur les personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure s'applique indifféremment aux femmes et aux hommes. Cependant, compte tenu du fort taux de féminisation des professionnels de ces services d'aide et d'accompagnement à domicile, cette mesure devrait leur bénéficier en priorité.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Sans objet.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Cette disposition nécessitera des échanges d'information entre les services des conseils départementaux et ceux de la CNSA afin de répartir l'enveloppe et la verser aux CD.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Cette mesure sera mise en œuvre par la CNSA dans le cadre de ses moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Sans objet.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Les crédits seront versés aux conseils départementaux par la CNSA début 2021, après promulgation de la LFSS pour 2021.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Néant.

d) Suivi de la mise en œuvre

La CNSA assurera un suivi de l'effort financier réalisé par chaque département pour financer cette prime exceptionnelle.

<p>Article 25 de la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 (actuel)</p>	<p>Article 25 de la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 (modifié)</p>
<p>XI.-Pour l'année 2020, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contribue à la réforme du financement des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, dans la limite de 50 millions d'euros, par des crédits prélevés pour une partie sur ceux mentionnés au c de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction résultant de la présente loi, et pour le solde par ses fonds propres. Cette somme est retracée en charges à la section mentionnée au IV de l'article L. 14-10-5 du même code. Les dispositions du présent XI sont précisées par décret.</p>	<p>XI.-Pour l'année 2020, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contribue à la réforme du financement des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, dans la limite de 50 millions d'euros, par des crédits prélevés pour une partie sur ceux mentionnés au c de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction résultant de la présente loi, et pour le solde par ses fonds propres. Cette somme est retracée en charges à la section mentionnée au IV de l'article L. 14-10-5 du même code. Les dispositions du présent XI sont précisées par décret.</p> <p>I. – Par dérogation à l'article L. 14-10-1 et au IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, et à titre exceptionnel pour 2020, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie finance une aide aux départements pour le financement de la prime exceptionnelle mentionnée à l'article 11 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020 pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, dans la limite de 80 M€.</p> <p>Cette aide est financée par des crédits prélevés, pour une partie, sur ceux mentionnés au c de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles et, pour le solde, par les fonds propres de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.</p> <p>Elle est répartie entre les départements en fonction des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité réalisée par les services d'aide et d'accompagnement à domicile aux titres des allocations prévues aux articles L. 232-1, L.245-1 et L. 231-1 du code de l'action sociale et des familles. Elle est versée aux départements dans la limite de la moitié du montant de prime exceptionnelle financé par chacun d'entre eux.</p> <p>II. – Le XI de l'article 25 de la loi n° 2019-1446 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est abrogé.</p>

Article 6 – Mise en œuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise Covid

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Afin de soutenir les entreprises les plus touchées par la crise sanitaire, le Gouvernement a mis en œuvre un dispositif ambitieux d'allègement des cotisations et contributions sociales. Dans ce cadre, il a accordé aux entreprises des secteurs les plus affectés par la crise économique résultant de la période de confinement une mesure exceptionnelle d'exonération de cotisations et contributions sociales, ainsi que des remises de dettes sur ces cotisations ou des plans d'apurement. Ces mesures ont pour objectif de permettre notamment aux secteurs du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, de la culture, de l'évènementiel, du sport et du commerce de détail non alimentaire de réduire leurs passifs sociaux très rapidement et massivement, en particulier pour les TPE et les PME.

En ce qui concerne la part des exonérations restant due, un mécanisme d'aide au paiement a été instauré par la loi n°2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020. Cette aide se concrétise par un crédit égal à 20% de la masse salariale soumise à cotisations sociales déclarée sur des périodes d'emploi préalablement définies et utilisable pour le paiement de l'ensemble des cotisations et contributions déclarées aux URSSAF en 2020.

Cette aide au paiement des cotisations dues fait l'objet d'une compensation sur le budget de l'Etat au titre du programme 360 « Remboursement à la sécurité sociale des allègements de prélèvements pour les entreprises les plus fragilisées par la crise sanitaire ».

Il convient de prévoir les modalités d'enregistrement et de répartition de cette compensation entre les différents attributaires concernés, et notamment de confier une nouvelle mission à l'ACOSS de reversement des cotisations normalement dues, comprenant l'aide au paiement, et recouvrées par le réseau des URSSAF.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

Afin de simplifier les flux financiers générés par la compensation de l'aide au paiement, les crédits budgétaires dédiés seront intégralement versés à l'ACOSS d'une part, ainsi qu'à la CCMSA d'autre part. Ainsi, la charge relative à l'aide au paiement et le produit de compensation par l'Etat seront retracés dans les seuls comptes de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale et de la caisse centrale de mutualité sociale agricole.

Aussi, une nouvelle mission est confiée à ces deux caisses, de reversement des cotisations, pour leur montant dû sans déduction de l'aide au paiement à l'ensemble des organismes affectataires concernés pour le compte desquels les URSSAF opèrent le recouvrement des cotisations.

Cotisations et contributions	Affectataires									
	Maladie	ATMP	Famille	Vieillesse	CNSA	FNAL	UNEDIC	ADM	OP/OS	CADES
Maladie	x									
ATMP		x								
Famille			x							
Vieillesse				x						
CNSA					x					
FNAL						x				
UNEDIC (CAC + AGS)							x			
Contribution dialogue social									x	
VT								x		
FS				x						
CSG	x		x							x
CRDS										x
Taxe CDDU							x			
Contribution retraite chapeau (contribution vieillesse employeur uniquement)				x						
Contribution AGA			x							
Contribution SO			x							
Carrie d'Interest			x							

De la sorte, les montants de cotisations notifiés par l'ACOSS aux affectataires, qui ne sont pas minorés de l'aide au paiement, seront retracés en produits de cotisations sociales comme s'ils avaient été effectivement encaissés directement auprès des cotisants. Dans les comptes de l'ACOSS, une charge sera constatée au titre de l'aide au paiement prise en charge par l'ACOSS et fera l'objet d'une facturation spécifique à l'Etat. Cette présentation assure une totale transparence pour les attributaires des prélèvements en cause, qui n'auront à supporter aucun effet lié à cette mesure.

b) Autres options possibles

La solution consistant à faire simplement transiter la compensation par l'ACOSS, qui aurait été chargée de la reverser aux différents affectataires, n'a pas été retenue car elle ne constitue pas une solution opérationnelle pertinente. En effet,

l'aide au paiement ne se substitue pas aux cotisations normalement dues, qui doivent donc être enregistrées comptablement comme telles.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure s'inscrit dans le cadre des dispositions du A du V. de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale dans la mesure où elle impacte les recettes de l'année en cours des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement. En effet, compte-tenu de la nature spécifique du dispositif d'aide au paiement, qui est une somme attribuée à l'entreprise pour acquitter les cotisations restant dues, cette mesure est nécessaire pour que les cotisations soient enregistrées normalement dans les comptes des différents attributaires. La présente mesure a donc bien un effet sur les recettes en ce qu'elle modifie les recettes affectées aux régimes de base de sécurité sociale puisqu'elle prévoit que ces derniers continuent de recevoir des cotisations et contributions sociales

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Le conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Il convient de rappeler que l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante de la CJUE qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale, du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet. La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Article non codifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Applicable de plein droit
Mayotte	Applicable en application du XI de l'article 65 de la loi n°2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificatives pour 2020

<i>Saint-Martin, Saint-Barthélemy</i>	<i>Applicable de plein droit</i>
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Applicable en application du XI de l'article 65 de la loi n°2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificatives pour 2020</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)</i>	<i>Non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

D'après les dernières prévisions disponibles, le montant de l'aide au paiement est évalué à 2 Md€ (champ Régime général et CCMSA). L'impact sur l'équilibre du financement de la sécurité sociale est nul puisque l'aide au paiement est avancée par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat qui la prend en charge intégralement *via* le programme budgétaire 360 créé par la loi de finances rectificative pour 2020 n°3 « Compensation à la sécurité sociale des allègements de prélèvements pour les entreprises les plus touchées par la crise sanitaire ».

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

Néant.

b) Impacts sociaux

Néant.

• *Impact sur les jeunes*

Néant.

• *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Néant.

c) Impacts sur l'environnement

Néant.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Néant.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Néant.

Quelle que soit la modalité de sa compensation, la démarche des cotisants susceptibles de bénéficier de l'aide au paiement reste identique. Ils doivent calculer le montant de l'aide dont ils peuvent bénéficier et l'inscrire sur une ligne dédiée de leur déclaration sociale nominative (DSN) (code type personnel n° 051).

Cette déclaration se fait en une seule fois et l'imputation de l'aide sur les échéances passées est réalisée par l'URSSAF.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Néant.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Néant.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Néant.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Néant.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Néant.

d) Suivi de la mise en œuvre

Néant.

Article 11 – Affectation à la CNAM des excédents de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la CPRP SNCF

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

a) Réserves de la CAMIEG

La branche des industries électriques et gazières est intégrée financièrement au régime général. La caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) a pour principale fonction de gérer l'assurance maladie complémentaire obligatoire (elle a également la charge de l'affiliation des assurés pour les parts base et complémentaire).

Depuis sa création en 2007, la CAMIEG dégage des excédents importants sur les deux fonds d'assurance maladie complémentaire obligatoire qu'elle gère : le fonds relatif aux actifs pour les salariés et leurs ayants droit et le fonds relatif aux inactifs pour les pensionnés et leurs ayants droit.

Montant des réserves de la CAMIEG par section financière sur la période 2011-2020 (en M€)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Actifs	178,24	223,54	270,64	106,05	107,94	111,98	113,40	120,17	126,46	133,72
Inactifs	90,45	115,12	144,40	171,79	188,37	209,07	235,03	258,66	277,85	298,16
Total	268,70	338,67	415,05	277,85	296,72	321,46	348,84	378,83	404,31	430,88

* Données provisoires (mars 2020) et hors impact des moindres dépenses en soins de ville lié à la crise sanitaire – Source : projection financière des employeurs

Cette situation a conduit à la diminution des taux de cotisation en 2014, qui ont baissé de 25 % pour les employeurs et de 10 % pour les salariés. Le niveau des prestations a fait également l'objet d'une hausse de 15 M€ au 1er mars 2014 en vue d'améliorer la prise en charge sur les dépenses en matière d'optique, de prothèse dentaire, d'appareil auditif et d'orthopédie. L'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a conduit à un prélèvement exceptionnel au profit de la CNAM de 175,9 M€ prélevé sur les réserves de la section des actifs constituées au 31 décembre 2013. Une seconde baisse exceptionnelle de cotisations sur la section des actifs est intervenue en 2017 (décret n° 2017-989).

La reconstitution d'excédents depuis ces évolutions justifie l'adoption de mesures structurelles permettant de répondre de manière pérenne aux enjeux d'équilibre du régime.

C'est la raison pour laquelle, des mesures de baisse des cotisations au sein des deux sections et d'amélioration ciblée des prestations seront prévues par voie réglementaire dès 2021. Concomitamment, un prélèvement de 40 M€ sur les réserves de la section des actifs de cette caisse et de 135 M€ sur les réserves de la section des inactifs sera opéré en vue d'un transfert vers le régime général, ce qui représente un montant total d'environ 175 M€. Ce prélèvement s'organise dans un contexte marqué par une très forte mobilisation de l'assurance maladie pour couvrir les dépenses rendues nécessaires par la gestion de la crise sanitaire, quand les régimes complémentaires ont enregistré en 2020 une baisse de leurs dépenses au vu d'une moindre sollicitation du système de soin hors Covid.

b) Réserves du régime de prévoyance de la CPRP SNCF

Les réserves du régime de prévoyance de la CPRP SNCF n'ont plus d'utilité depuis l'intégration financière du risque maladie du régime spécial au régime général lors de la mise en œuvre de la PUMa, dans la mesure où ce risque est désormais équilibré par l'assurance maladie. En outre, son utilisation au profit de la trésorerie du risque vieillesse du régime spécial est devenue obsolète depuis l'adossement à l'Acoss de la trésorerie du régime spécial.

L'intervention du législateur est nécessaire pour pouvoir procéder à ces transferts. Cette intervention respecte le principe d'équilibre financier des deux organismes concernés : elle participe de l'équilibre financier de la CNAM en abondant ce régime qui connaît des difficultés financières.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

• Réserves de la CAMIEG

Il est proposé de prélever au profit de la CNAM, au plus tard au 31 juillet 2021, d'une part, un montant de 40 M€ parmi les excédents du fonds relatif aux actifs, 135 M€ parmi les excédents du fonds relatif aux inactifs.

Par ailleurs, le Gouvernement procédera, par voie réglementaire, à un ajustement dès 2021 des cotisations supportées par les employeurs, les actifs et les pensionnés, ainsi qu'à une amélioration des niveaux des prestations (remboursement des verres optiques). Ces mesures de relance, qui relèvent du domaine réglementaire, seront les suivantes :

- Pour les salariés actifs des industries électriques et gazières, les taux actuels de cotisations patronales et salariales baisseront de 25 % en 2021 et 2022 et de 5 % à partir de 2023. De plus, la baisse du taux de la cotisation de solidarité supportée par les actifs au profit des inactifs sera de 17 %.

- Pour les retraités, la baisse du taux actuel de la cotisation d'équilibre supportée par les retraités sera quant à elle de 15 % en 2021 et 2022 et de 5 % à partir de 2023.
- L'amélioration de la prise en charge des frais d'optique des assurés se répartira de la manière suivante : pour les assurés adultes : + 5 € pour les verres simples, + 29 € pour les verres complexes et + 15 € pour les verres très complexes ; pour les assurés enfants : + 5 € pour les verres très complexes.

Ces baisses des cotisations se traduiront pour les salariés et les pensionnés par une hausse des salaires et des pensions, contribuant à améliorer leur pouvoir d'achat. Par exemple pour un salaire brut mensuel de 2 500 €, la baisse des cotisations sera d'environ 11 €/mois, soit une baisse annuelle de 132 €.

Ces mesures, contribuent à un double objectif : elles participent, d'une part, à la relance et l'amélioration du pouvoir d'achat pour les salariés et les pensionnés des industries électriques et gazières, et, d'autre part, au redressement des comptes du régime général au travers d'une contribution des régimes complémentaires d'assurance maladie aux surcoûts nés de la crise sanitaire.

Ces mesures qui allient concomitamment mesure de solidarité et mesures de relance et d'amélioration du pouvoir d'achat des assurés de la CAMIEG ont fait l'objet d'une concertation avec les organisations syndicales représentatives et les employeurs.

• **Réserves du régime de prévoyance de la CPRP SNCF**

Il est proposé de transférer à la CNAM, au plus tard au 31 juillet 2021, les réserves du régime de prévoyance de la CPRP SNCF. Le montant de cette réserve s'élève au 31/12/2019 à 176,6 M€.

b) Autres options possibles

• **Réserves de la CAMIEG**

Il n'est pas proposé d'autres options, le scénario proposé constitue un équilibre entre mesures bénéficiant aux assurés de la caisse (baisse des cotisations supportées par les actifs et les pensionnés et hausse des prestations en matière d'optique) et prélèvement sur les excédents au profit de la CNAM.

• **Réserves du régime de prévoyance de la CPRP SNCF**

Il n'est pas proposé d'autres options, le *statu quo* n'étant pas souhaitable pour les raisons évoquées précédemment.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure présente un impact financier sur le régime général puisque générant une ressource supplémentaire de 351,5 millions d'euros, dont 175 M€ prélevés sur les excédents de la CAMIEG et 176,6 M€ prélevés sur les réserves du régime de prévoyance de la CPRP SNCF. Cette mesure relève du champ des LFSS au titre du 1° du B du V de l'article LO 111-3 CSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

Les consultations du conseil d'administration de la CAMIEG, de la CNPS (commission nationale paritaire de suivi au sein de laquelle siègent également les employeurs, exclusivement sur la section des actifs) et du conseil d'administration de la CPRP SNCF ne sont pas obligatoires.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Il convient de rappeler que l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante par la CJUE qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime

- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale, du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet. D'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Non.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure non applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure non applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

a) Réserves de la CAMIEG

L'impact financier des mesures réglementaires est réalisé sur la base d'une estimation du montant des excédents de la CAMIEG connu au mois de mars 2020.

b) Mesure de niveau législatif

Le montant projeté des excédents constitué au 31 décembre 2020 est de 430 M€ dont 133 M€ au titre de la section des inactifs et 298 M€ au titre de la section des actifs. Le prélèvement opéré sur ces excédents sera de 40 M€ sur la section des actifs et de 135 M€ sur la section des inactifs.

c) Mesures de niveau réglementaire

Par ailleurs, des mesures de baisse des cotisations et de hausse de prestations seront prises par voie réglementaire (date d'entrée en vigueur : 1^{er} janvier 2021).

Ces mesures se traduiront par une baisse des cotisations traduite dans les tableaux ci-après :

Section des actifs	Taux actuel 2020	Baisse de 25 % 2021 et 2022	Baisse de 5 % À partir de 2023
Cotisation patronale	1,35 %	1,01 %	1,28 %
Cotisation salariale	0,72 %	0,54 %	0,68 %

Section des inactifs	Taux actuel 2020	2021 et 2022		à partir de 2023	
Cotisation de solidarité*	1,39 %	1,15 %	17%	1,15 %	17%
Cotisation d'équilibre**	2,36 %	2,01 %	15%	2,25 %	5%

* la cotisation de solidarité est supportée par les actifs

** la cotisation d'équilibre est supportée par les pensionnés ou inactifs.

Les mesures d'amélioration de la prise en charge des remboursements des frais d'optique est traduite dans le tableau ci-après :

Optiques adultes	Verres simples	Verres complexes	Verres très complexes
Soit une évolution de	+ 5,00 €	+ 29,00 €	+ 15,00 €
Optiques enfants	Verres simples	Verres complexes	Verres très complexes
Soit une évolution de	0,00 €	0,00 €	+ 5,00 €

Dans la section des actifs, la mesure relative aux cotisations patronales et salariales se traduirait par une baisse des cotisations d'environ 30 M€ respectivement pour les années 2021 et 2022. Elle se traduirait par une baisse de 7 M€ environ des cotisations à partir de 2023.

Cette mesure a pour effet de réduire le montant des réserves de 29 M€ en 2021, de 59 M€ en 2022, de 66 M€ en 2023 et de 72 M€ en 2024 (impact cumulé des mesures).

La mesure d'amélioration de la prise en charge des frais d'optique se traduirait par un coût annuel de 1,5 M€.

Dans la section des inactifs, la mesure relative aux cotisations (cotisation de solidarité pesant sur les actifs et cotisation d'équilibre pesant sur les inactifs) se traduirait par une baisse des cotisations d'environ 32 M€ respectivement pour les années 2021 et 2022. Elle se traduirait par une baisse de 20 M€ environ des cotisations à partir de 2023.

Cette mesure a pour effet de réduire le montant des réserves de la section des inactifs de 32 M€ en 2021, de 64 M€ en 2022, de 83 M€ en 2023 et de 104 M€ en 2024 (impact cumulé des mesures).

La mesure amélioration de la prise en charge des frais d'optique se traduit par un coût annuel de 3 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Impact des mesures de niveau législatif (transfert des excédents vers la CNAM)					
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie (CNAM)		+ 351,6 M€			
Sur le solde		+ 175 M€			
Sur le bilan		+ 176,6 M€			
- Régime spécial					
CAMIEG		-175 M€			
<i>dont section des actifs</i>		- 40 M€			
<i>dont section des inactifs</i>		- 135 M€			
CPRP SNCF		- 176,6 M€			
Impact des mesures de niveau réglementaire (cotisations et prestations optique)					
Régime spécial – CAMIEG					
Section des actifs					
Baisse des cotisations		- 29 M€	- 29 M€	-7 M€	-7 M€
Prestations optiques		- 1,5 M€	- 1,5 M€	- 1,5 M€	- 1,5 M€
Section des inactifs					
Baisse des cotisations		- 32 M€	- 32 M€	- 20 M€	- 20 M€
Prestations optiques		- 3 M€	- 3 M€	- 3 M€	- 3 M€

Le prélèvement d'une partie des réserves de la CAMIEG au profit de la CNAM a un impact sur le compte de résultat. Il sera ainsi enregistré un produit pour la CNAM et une charge pour la CAMIEG. Ce prélèvement conduira donc à améliorer le solde 2021 de la CNAM.

Le transfert de la réserve du régime de prévoyance de la CPRP SNCF vers la CNAM aura un impact sur le bilan des deux organismes. Ainsi, ce transfert concourra à réduire la dette de la CNAM.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

S'agissant des assurés de la CAMIEG, la mesure réglementaire qui sera prise en contrepartie de cette mesure législative d'affectation des réserves de la CAMIEG vers la CNAM permettra une baisse des cotisations des entreprises, des salariés et des pensionnés, qui se traduira par une hausse des salaires et des pensions, contribuant à améliorer leur pouvoir d'achat.

Montant moyen des cotisations dues mensuellement par les salariés et les pensionnés					
Actifs (pour un salaire brut mensuel de 2 500 €)	2020	2021	2022	2023	2024
Cotisation salariale	18 €	14 €	14 €	17 €	17 €
Cotisation de solidarité	35 €	29 €	29 €	29 €	29 €
Total	53 €	42 €	42 €	46 €	46 €
Pensionnés (pour une pension de droit direct brute mensuelle de 2 000 €)					
Cotisation d'équilibre	52 €	44 €	44 €	44 €	44 €

La mesure de prélèvement de la réserve de prévoyance de la CRPSNCF n'engendre d'impact économique.

b) Impacts sociaux

S'agissant des assurés de la CAMIEG, la mesure réglementaire qui sera prise en contrepartie de cette mesure législative d'affectation à la CNAM des réserves de la CAMIEG se traduira par une amélioration de la prise en charge des frais d'optique des assurés qui se répartit de la manière suivante :

- les assurés adultes : + 5€ pour les verres simples, + 29€ pour les verres complexes et + 15€ pour les verres très complexes
- les assurés enfants : + 5€ pour les verres très complexes.

La mesure de prélèvement de la réserve de prévoyance de la CRPSNCF, d'ordre technique, n'engendre d'impact social.

• Impact sur les jeunes

La mesure réglementaire, qui sera prise en contrepartie de la mesure législative d'affectation des réserves de la CAMIEG à la CNAM, se traduira par une amélioration du salaire net des jeunes actifs et de la prise en charge des frais d'optique des enfants des assurés.

La mesure de prélèvement de la réserve de prévoyance de la CRPSNCF n'engendre d'impact sur les jeunes.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Pas d'impact spécifique.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Sans objet.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Aucun impact s'agissant de mesures de prélèvement ponctuelles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La mesure d'affectation des réserves de la CAMIEG et du régime de prévoyance de la CPRP SNCF vers la CNAM n'appelle pas en elle-même de texte d'application.

En revanche, les mesures de contreparties envisagées pour les assurés de la CAMIEG nécessitent de prendre deux textes réglementaires :

- La revalorisation des prestations optiques nécessitera de modifier l'arrêté du 30 mars 2007 pour redéfinir les taux de remboursement applicables aux verres optiques des adultes et des enfants.
- La baisse des cotisations nécessitera de modifier par décret simple les taux de cotisations prévus à l'annexe du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 modifié approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières (section des actifs : cotisations patronales, salariales, section des inactifs : cotisation de solidarité et cotisation des inactifs). Ce décret devra être soumis pour avis au conseil supérieur de l'énergie.

Ces mesures réglementaires devront être prises dès 2021.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Mise en œuvre immédiate.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information particulière n'est à prévoir pour la mesure d'affectation des excédents de la CAMIEG et des réserves de la CPRP SNCF.

Les mesures réglementaires accompagnant la mesure législative feront l'objet d'une information aux assurés par les régimes concernés, via leurs documents de communication habituelle.

d) Suivi de la mise en œuvre

Pas de suivi particulier de la mesure.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Néant	Article non codifié
	<p>I. – La Caisse nationale d'assurance maladie reprend, au plus tard le 31 juillet 2021, les réserves du régime de prévoyance de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF constatées au 31 décembre 2020.</p> <p>II. – Sont prélevés, au plus tard le 31 juillet 2021, au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie, une somme de 40 millions d'euros sur les réserves du fonds national de gestion technique des agents en activité et de leurs ayants droit de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières et une somme de 135 millions d'euros sur les réserves du fonds national de gestion technique des agents en inactivité, des pensionnés de tous ordres et de leurs ayants droit de la même caisse.</p> <p>Le recouvrement de ce prélèvement est régi par les règles applicables en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.</p>

Article 12 – Sécurisation du mode de calcul de l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS)

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) est une valeur de référence utilisée dans le champ social, à la fois concernant le financement de la sécurité sociale (calcul des cotisations vieillesse plafonnées et déplafonnées ou de certaines exonérations de cotisations sociales), les prestations ou même dans le champ du droit du travail (il sert à délimiter les sommes pouvant être versées au titre de la participation et de l'intéressement par exemple).

L'évolution du PASS est fonction de celle du salaire moyen par tête (SMPT) de l'année précédente dans le secteur marchand non agricole, c'est-à-dire le rapport entre les masses salariales brutes versées par l'ensemble des employeurs et nombre de salariés personnes physiques. Concrètement, pour approcher au plus près l'évolution du SMPT de l'année précédente, le plafond pour une année N est fixé par arrêté en fin d'année N-1 en prenant en compte la prévision publique d'évolution des salaires de l'année N-1 et l'ajustement éventuel entre l'évolution des salaires de l'année N-2 et sa prévision dans le cadre des lois financières précédentes.

Le recours important à l'activité partielle durant la période de confinement du printemps dernier a mécaniquement fait baisser le numérateur de ce ratio (l'indemnité d'activité partielle est un revenu de remplacement et n'est donc pas prise en compte) alors que le dénominateur (salariés) n'a lui pas diminué à due proportion, les salariés placés en activité partielle étant toujours comptabilisés comme personnes en emploi. Compte tenu de cette situation particulière, la prévision d'évolution du SMPT pour 2020 est négative (- 5,7 %) et un fort rebond est attendu pour 2021 (+7,7 %).

Appliquer la formule traditionnelle d'évolution du SPMT conduirait donc à fixer un PASS en baisse en 2021 puis en forte hausse en 2022, ce qui aurait des conséquences économiquement préjudiciables notamment sur :

- la répartition entre part plafonnée des cotisations d'assurance retraite et donc sur les droits créés en vieillesse de base et en retraite complémentaire ;
- le montant des indemnités versées par la sécurité sociale (par exemple, pour le congé maternité des salariées, l'indemnité servie par la sécurité sociale est calculée en fonction des trois derniers salaires retenues dans la limite du PMSS et diminué de 21%) ;
- les montants maximaux des pensions d'invalidité sont calculés et évoluent en fonction du PASS ;
- les montants versés au titre de la protection sociale complémentaire ouvrant droit à exonération ;
- les montants d'intéressement et de participation pouvant être versés ;
- les seuils d'exonération fiscale et sociale des indemnités de rupture ;
- le montant de la gratification minimale due aux stagiaires en entreprises.

En outre, le rebond attendu du SMPT pour 2021 rendrait peu lisibles pour les salariés, les employeurs et les ayants droits les droits fixés en fonction du PASS auxquels ils peuvent prétendre. Certaines personnes pourraient par exemple sortir d'un dispositif en 2021 et le réintégrer en 2022.

Enfin, l'évolution à la baisse du SMPT en 2020 correspond largement à un artefact statistique qui n'est pas représentatif de l'évolution réelle de la rémunération des salariés cette année-là. Ne pas modifier la détermination du PASS en 2021 irait par conséquent à l'encontre de l'esprit de la méthodologie d'indexation de cette grandeur et le rôle de cette dernière dans la détermination de nombreux paramètres de la protection sociale.

Afin d'éviter de telles évolutions contraires durant les deux années à venir, il est nécessaire de prendre une mesure permettant de figer la valeur du PASS en 2021. De manière générale, et parce que cette situation pourra éventuellement se reproduire, l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale doit prévoir le cas où l'évolution des salaires est négative.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

Il est proposé de modifier l'article L. 241-3 du code de la sécurité afin que de manière pérenne le PASS ne puisse diminuer en cas d'évolution négative du salaire moyen qui conduirait à une diminution du PASS en valeur nominale. Dans l'hypothèse où son évolution telle que prévue par les règles actuelles serait négative, le PASS de l'année précédant l'année de fixation du plafond serait alors reconduit et les conditions de prise en compte des évolutions ultérieures du salaire moyen pourront être précisées par voie réglementaire. En effet, l'ensemble des évolutions annuelles du SMPT depuis la date de la dernière modification du plafond devront être prises en compte pour les années suivantes si l'« effet de cliquet » a été enclenché une année donnée.

Ainsi, le montant du PASS 2021 est égal à celui de 2020.

L'indexation du PASS en 2022 sera fonction de la correction de l'évolution du SMPT 2019, de l'évolution du SMPT 2020 et de la prévision de son évolution pour 2021, ce qui permettra d'obtenir un PASS 2022 identique à celui qui aurait été fixé en l'absence de mesure. En d'autres termes, la neutralisation de l'effet de la baisse du SMPT 2020 sur le PASS 2021 aura pour corollaire une moindre revalorisation du PASS 2022 malgré la forte hausse du SMPT attendue en 2021. À terme, la mesure est donc neutre sur le niveau du PASS.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé de présenter, dans le RESF annexé au projet de loi de finances un SMPT 2020 corrigé des effets de l'activité partielle, une modification réglementaire aurait pu prévoir l'utilisation de cette évolution pour déterminer les PASS 2021 et 2022. Toutefois, cette option nécessiterait qu'une telle évolution du SMPT puisse être effectivement prévue avec une assez grande exactitude et ne prémunit pas du risque que même un SMPT corrigé évolue négativement en 2020, compte tenu de l'impact de la crise liée au Covid. En outre, il serait difficile de ne pas procéder au même retraitements les années ultérieures, si l'activité partielle est un dispositif qui continue à être utilisé massivement. Un changement temporaire du mode de calcul présente donc un risque de complexité supérieur à l'option retenue.

Il aurait également pu être envisagé de prendre une disposition transitoire pour fixer les modalités d'évolution du PASS pour les seules années 2021 et 2022, en disposant d'une part que le montant du PASS 2021 est égal à celui de 2020 et que l'indexation du PASS en 2022 sera fonction de la correction de l'évolution du SMPT 2019, de l'évolution du SMPT 2020 et de la prévision de son évolution 2021, afin d'obtenir un PASS 2022 identique à celui qui aurait été fixé en l'absence de mesure. Mais le caractère transitoire de cette règle aurait nécessité une nouvelle mesure transitoire en PLFSS 2022 en cas d'évolution contraire du SMPT et, de manière générale, aurait conduit à devoir prendre une nouvelle disposition identique en cas de nouvelle évolution négative du SMPT.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure ayant un effet sur les règles d'assiette des cotisations, elle entre dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale en application du 3° du B du V de l'article LO. 11-3 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'État

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des États membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

L'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante par la CJUE qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime ;
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale, du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'État, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou qui en découlent.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

L'article L.241-3 du code de la sécurité sociale est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Applicable de plein droit
Mayotte	Applicable par renvoi des modalités de calcul du plafond mahorais au montant du plafond applicable en métropole
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Applicable de plein droit
Saint-Pierre-et-Miquelon	Applicable par renvoi de l'article 7-2 de l'ordonnance n° 77-1102 au montant du plafond applicable en métropole.
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Non applicable

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La neutralisation des effets de l'activité partielle sur le PASS a d'importants effets sur les cotisations acquittées. En effet, 15,45 points de cotisations d'assurance vieillesse du régime général sont plafonnés (sur les 17,75 points au total). Ainsi, si la baisse du PASS avait été maintenue au niveau découlant des règles habituelles (-5,7 %), on estime que la branche vieillesse du régime général aurait perdu de l'ordre de 2 Md€ de cotisations en 2021. A l'inverse, les cotisations de retraites complémentaires sont plus élevées au-delà du plafond de la sécurité sociale, et l'Agirc-Arrco aurait perçu de l'ordre de 2 Md€ de cotisations supplémentaires si l'on avait maintenu la baisse artificielle du PASS de 5,7 %. À terme, les niveaux de dépenses des différents régimes de retraites auraient également été affectés.

La neutralisation des effets de l'activité partielle sur le PASS produit des effets qui peuvent s'avérer, au niveau microéconomique, importants pour certains allocataires de prestations, mais ses effets financiers globaux sur les prestations versées sont diffus et modestes en comparaison de l'effet sur les recettes. Aucune estimation complète de ces effets n'a pu être réalisée.

En outre, une large part des effets de la mesure au titre de l'année 2021 (baisse de certaines assiettes de cotisations et de certaines prestations) serait pour la plus grande part compensée en 2022 par le ressaut très important du plafond. À terme, le niveau du plafond serait identique dans les deux cas, l'absence de correction à la baisse en 2021 étant compensé par une moindre revalorisation les années suivantes.

À cet égard, la présentation de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2020 dernier n'a pas retenu cette évolution négative du PASS pour la détermination de son compte tendancier, dans la mesure où cette évolution irait particulièrement à l'encontre de l'esprit de l'indexation du PASS.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

D'une manière générale, la mesure permet de garder constant pour les cotisants le niveau des droits et pour les employeurs le montant des versements ouvrant droit à exonération quand ces exonérations sont fonction du PASS. Elle permet ainsi aux employeurs de bénéficier d'un niveau d'exonération égal sur leurs contributions au titre de la protection sociale complémentaire et donc de ne pas renchérir, sous l'effet d'une baisse du plafond, le coût de cette obligation.

b) Impacts sociaux

Le maintien d'un montant de plafond au niveau de 2020 permet de maintenir les droits sociaux des cotisants, notamment en matière de retraite ou de pension d'invalidité.

Concernant les retraites par exemple, le maintien du PASS cela évite une diminution du montant maximal de retraite que peut percevoir un assuré, celui-ci étant fixé à 50 % du plafond de la sécurité sociale (arrêté du 9 octobre 1986 relatif à la revalorisation de divers avantages de vieillesse, d'invalidité et d'accident du travail du régime général de la sécurité sociale et des prestations d'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés de professions artisanales, industrielles et commerciales).

En ce qui concerne le cumul d'une activité et d'une pension de retraite, le cumul est intégral si l'assuré remplit les conditions du taux plein par l'âge ou la durée d'assurance et s'il a liquidé l'intégralité de ses pensions de retraite des régimes de base et complémentaires légalement obligatoires. En revanche, lorsque cette condition n'est pas remplie, le cumul est plafonné et en cas de dépassement du plafond, la pension est diminuée à due concurrence du dépassement. Pour les travailleurs indépendants du régime général, les revenus d'activité indépendante postérieurs à la liquidation de la pension ne doivent pas excéder 1 PASS en cas d'activité en zone de revitalisation rurale ou dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, 0,5 PASS dans les autres cas.

La diminution du PASS en 2021 conduirait à diminuer le plafond de revenus du CER des indépendants, donc pour certains d'entre eux à suspendre leur retraite et pour d'autres à écrêter celle-ci ou à l'écrêter davantage.

Concernant les pensions d'invalidité, le montant maximum des pensions d'invalidité est calculé et évolue en fonction du PASS. Une baisse du PASS aurait donc entraîné une baisse des montants de pension situées au niveau du plafond, ce que la présente mesure permet d'éviter.

• **Impact sur les jeunes**

Cette mesure a un impact sur les jeunes en permettant de ne pas diminuer entre 2020 et 2021 la gratification minimale servie au stagiaire des entreprises qui est fixée en fonction du plafond horaire de la sécurité sociale.

Le montant minimal de gratification est fixé à 15 % du plafond horaire de la sécurité sociale. En l'absence de mesure, le plafond horaire pour 2021 se serait établi à 25 € contre 26 € en 2020, le montant de gratification aurait alors été de 3,75 € contre 3,90 € en l'absence de mesure.

• **Impact sur les personnes en situation de handicap**

La mesure est sans impact sur les personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Le maintien du plafond mensuel de la sécurité sociale permet de ne pas obérer le montant des indemnités journalières de maternité. En effet, le salaire pris en compte pour calculer le montant de l'indemnité ne peut pas dépasser le plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur lors du dernier jour du mois qui précède l'arrêt.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés et les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Aucune démarche de la part des assurés n'est nécessaire. Pour les redevables, il n'y a pas d'impact nouveau en terme de charges administratives.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Aucun impact.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Aucun impact.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

L'article D.242-17 du code de la sécurité sociale sera modifié afin de préciser, lorsque le plafond d'une année est reconduit l'année suivante, les conditions de prise en compte des évolutions ultérieures du salaire moyen servant à la revalorisation du PASS.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure entre en vigueur au 1^{er} janvier 2021 et ne nécessite pas de délai de mise en œuvre.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

En cas d'évolution négative du plafond, cette donnée est connue dès publication du rapport économique sociale et financier annexé au projet de loi de finances, la reconduction à l'identique du plafond en N +1 est dès lors connu dès octobre de l'année N.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure ne fait pas l'objet d'un suivi particulier.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 241-3 du code de la sécurité sociale	Article L. 241-3 modifié du code de la sécurité sociale
<p>La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 et les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite mentionnées au 3° du I de l'article L. 4163-7 du code du travail et par des cotisations assises sur les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, calculé selon les règles fixées par ce décret, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>(...)</p>	<p>La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 et les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite mentionnées au 3° du I de l'article L. 4163-7 du code du travail et par des cotisations assises sur les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année annuellement et revalorisé en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, calculé selon les règles fixées par ce décret, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale. Le montant du plafond, qui ne peut être inférieur à celui de l'année précédente, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>(...)</p>

Article 13 – Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE)

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Dans le secteur agricole, le dispositif d'exonération applicable pour l'emploi de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE) permet aux employeurs agricoles qui embauchent en CDD (ou en CDI sous certaines conditions) des travailleurs saisonniers, de bénéficier d'une exonération des cotisations patronales.

Les employeurs de la production agricole sont les principaux bénéficiaires de ce dispositif. En sont notamment exclus : les coopératives (transformation, conditionnement et commercialisation et coopération d'utilisation de matériel agricole), les paysagistes, les entreprises de service (tertiaire agricole) et les entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers.

Limitée à une période maximale d'emploi de 119 jours ouvrés par année civile pour un même salarié, l'exonération TO-DE n'est pas cumulable au cours de la même année civile avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales pour un même salarié. De ce fait, lorsque la durée d'emploi dépasse la limite de 119 jours, l'employeur peut renoncer *a posteriori* au bénéfice de cette exonération sur la période où elle s'est appliquée au profit des allègements généraux de cotisations sur l'ensemble de la période de travail effectuée au cours de l'année.

En année pleine, près de 73 000 entreprises bénéficient du dispositif TO-DE, soit près de la moitié des entreprises du secteur de la production agricole employant des salariés. On dénombre plus de 900 000 contrats bénéficiant du dispositif, pour un volume d'activité de l'ordre de 150 millions d'heures par an, soit 25 % du total des heures de travail dans le secteur de la production primaire pour une masse salariale évaluée à plus de 1,7 milliard d'euros en 2019.

Le renforcement des allègements généraux prévu en LFSS 2018 (intégration des contributions d'assurance-chômage et des cotisations de retraite complémentaire dans le champ de la réduction générale) a bénéficié au secteur agricole en terme de compétitivité-prix et a conduit à réexaminer les modalités du dispositif TO-DE, comme celles d'autres dispositifs d'exonérations spécifiques, dans une logique de convergence entre dispositifs généraux et dispositifs ciblés.

Dans le même temps, des outils fiscaux, tels que l'épargne de précaution, ont également été mis en place dans le cadre de la loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous – dite loi Egalim – afin de permettre aux entreprises de gérer la volatilité des prix.

Compte tenu de ces différentes évolutions, la LFSS 2019 a prévu la suppression du dispositif TO-DE à compter de 2021. Afin de permettre aux structures de s'adapter, une sortie progressive a été prévue avec un maintien du dispositif en 2019 et 2020, dont les points d'inflexion et de sortie ont été décalés respectivement de 1,25 SMIC à 1,2 SMIC et de 1,5 SMIC à 1,6 SMIC afin de les rapprocher de la réduction générale de cotisation.

Toutefois, dans le contexte de crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19, certaines activités agricoles, telles que la viticulture, ont été particulièrement affectées du fait de leur dépendance au secteur de l'hôtellerie et de la restauration, dont l'activité a été interrompue en raison des mesures d'interdiction d'accueil du public. Pour faire face à cette crise, plusieurs mesures de soutien ont été mises en œuvre, telles que le report total ou partiel du paiement des cotisations et contributions sociales, ainsi que des dispositifs d'exonération et d'aide au paiement de ces cotisations dues au titre des périodes d'emploi de février à mai 2020, qui ont été prévus en 3^{ème} loi de finances rectificative pour 2020.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de réexaminer les conditions de sortie du dispositif TO-DE, qui doit en l'état du droit cesser de s'appliquer au 1^{er} janvier 2021.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

L'exonération en faveur des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi permet de soutenir les activités agricoles fortement utilisatrices de main d'œuvre saisonnière. Il est à noter que les effets de ce dispositif sur l'emploi n'ont pu être évalués récemment.

Le renforcement des allègements généraux, ainsi que les dispositifs mis en œuvre dans le cadre de la loi Egalim doivent permettre de renforcer ce soutien au secteur agricole. Cependant, certaines mesures, portant notamment sur les prix de vente, n'ont pas montré pleinement leurs effets et font encore l'objet d'une expérimentation prolongée de 14 mois par la loi du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire.

L'impact de la crise sanitaire sur l'activité économique et ses potentielles conséquences à moyen terme pour de nombreuses entreprises agricoles nécessite de maintenir un soutien à ces entreprises dans le cadre de la reprise de leur activité, notamment pour les filières employeuses de main d'œuvre saisonnière telles que la viticulture et l'horticulture, fortement dépendantes du secteur de l'hôtellerie et de la restauration impacté par les mesures d'interdiction d'accueil du public.

Compte tenu de ce qui précède, il est proposé de maintenir temporairement le dispositif d'exonération TO-DE au-delà du 31 décembre 2020 et jusqu'au 31 décembre 2022.

Les modalités transitoires d'application de l'exonération prévues en PLFSS 2019 seront maintenues au cours de ces deux années, ainsi que les niveaux de rémunération ouvrant droit à l'exonération totale ou partielle. À l'issue de cette nouvelle période transitoire, les entreprises concernées bénéficieront des allègements généraux de cotisations sociales.

b) Autres options possibles

Si des dispositifs de subvention en soutien au secteur de la production agricole pourraient également contribuer à renforcer la compétitivité des entreprises agricoles françaises, par exemple à travers un mécanisme d'aide à l'investissement ou au développement des circuits courts, la portée de tels dispositifs semble plus réduite que le dispositif TO-DE et donc moins adaptée au regard des conséquences économiques de la crise sanitaire. Par ailleurs, la mise en œuvre de tels dispositifs serait également conditionnée à leur compatibilité avec la réglementation européenne en matière d'aides d'Etat.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

En ce qu'elle modifie les règles d'assujettissement aux cotisations et contributions affectées au financement de la sécurité sociale et l'équilibre financier des régimes, cette disposition a vocation à figurer dans le volet recettes de la loi de financement de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Il convient de rappeler que l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante par la CJUE qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre :

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale, du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet. La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure conduit à modifier l'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et n'a pas vocation à être codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Pas d'abrogation de disposition.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure non applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure non applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le coût de l'exonération TODÉ, compensé par le budget de l'Etat, est estimé à 516 millions d'euros en 2021 (dont 366 millions d'euros sur le champ ROBSS et 150 millions d'euros sur le champ hors ROBSS) et 525 millions d'euros en 2022 (dont 373 millions d'euros sur le champ ROBSS et 152 millions d'euros sur le champ hors ROBSS).

En l'absence de prolongation du dispositif TODÉ, on peut estimer que les employeurs de travailleurs saisonniers agricoles éligibles aux allègements généraux auraient recouru à ce dispositif, pour un coût estimé à 389 millions d'euros en 2021 (dont 259 millions d'euros sur le champ ROBSS et 130 millions d'euros sur le champ hors ROBSS) et 395 millions d'euros en 2022 (dont 263 millions d'euros sur le champ ROBSS et 132 millions d'euros sur le champ hors ROBSS).

Par conséquent, le coût net réel pour les finances publiques peut être évalué à 127 millions d'euros en 2021 et 130 millions d'euros en 2022. Les impacts financiers ont été évalués sur la base des réalisations 2019.

Au titre de la compensation par l'État, la sécurité sociale sera affectataire à la fois d'un montant de TVA pour 389 millions d'euros et de crédits budgétaires pour 127 millions d'euros.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Absence de report aux allègements généraux – champ ROBSS		+ 259	+ 263		
- Maladie		+ 87	+ 88		
- AT-MP		+ 1	+ 1		
- Famille		+ 43	+ 43		
- Vieillesse		+ 129	+ 131		
Absence de report aux allègements généraux – champ hors ROBSS		+ 130	+ 132		
Sous-total – gains liés à la mesure		+389	+395		
Maintien du dispositif TODÉ – champ ROBSS		- 366	- 373	0	0
- Maladie		- 116	- 118		
- AT-MP		- 11	- 12		
- Famille		- 55	- 55		
- Vieillesse		- 184	- 188		

Maintien du dispositif TODE – champ hors ROBSS		- 150	- 152		
Sous-total – coûts liés à la mesure		-516	-525		
Coût total (toutes APU)		- 127	- 130	0	0

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

La présente mesure, en permettant aux entreprises agricoles de continuer à bénéficier en 2021 et 2022 d'un niveau d'allègement de cotisations identique à celui dont elles bénéficient actuellement au titre du dispositif d'exonération TO-DE, vise à soutenir la viabilité économique de ces entreprises.

b) Impacts sociaux

Les dispositifs d'exonération ne conduisent pas à obérer les droits sociaux des personnes bénéficiaires.

• *Impact sur les jeunes*

La mesure est sans impact sur les jeunes.

• *Impact sur les personnes en situation de handicap*

La mesure est sans impact sur les personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mesure est sans impact sur les redevables.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La mesure vise à prolonger les procédures encadrant le traitement de l'exonération TO-DE au sein des caisses de sécurité sociale.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Aucun texte d'application n'est nécessaire.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure sera mise en œuvre à compter du 1er janvier 2021.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure devra faire l'objet d'une information aux assurés par la Mutualité sociale agricole (MSA), notamment sur le site des caisses du réseau MSA.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure donnera lieu au suivi habituel en matière budgétaire et comptable.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p align="center">Article 8, III de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019</p>	<p align="center">Article 8, III de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019</p>
<p>III.- Le chapitre I^{er} du titre IV du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p> <p>[...]</p> <p>4° Le même article L. 741-16 est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2021 ;</p> <p>5° L'article L. 741-16-1 est abrogé ;</p> <p>6° Les articles L. 741-17 et L. 751-20 sont abrogés.</p>	<p>III.- Le chapitre I^{er} du titre IV du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p> <p>[...]</p> <p>4° Le même article L. 741-16 est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2023 ;</p> <p>5° L'article L. 741-16-1 est abrogé ;</p> <p>6° Les articles L. 741-17 et L. 751-20 sont abrogés.</p>

Article 14 – Simplification des démarches déclaratives et de paiement des cotisations sur les revenus issus de l'économie collaborative

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

• **Nécessité de poursuivre la simplification des démarches de création d'activité pour les très petites activités de l'économie collaborative et de l'économie traditionnelle**

Les activités exercées de manière ponctuelle et générant des revenus complémentaires aux ménages concernent potentiellement un très grand nombre de personnes, notamment dans le cadre de l'économie collaborative, qui se caractérise par une mise en relation directe entre particuliers par un vecteur numérique.

Le développement de ces activités ne s'inscrit pas dans un vide juridique sur le plan du droit de la sécurité sociale. Parmi l'ensemble des activités économiques entre particuliers, une partie (les activités de revente de biens d'occasion, les plus fréquentes, ne génèrent aucun revenu et ne sont donc pas soumises à prélèvement) constituent des activités lucratives (fabrication-vente, services aux particuliers...) qui doivent donner lieu à assujettissement dans des conditions similaires aux activités exercées dans l'économie traditionnelle selon des catégories juridiques existantes (location de meublés ou de biens meubles, prestations de service, achat/revente de biens neufs). Il existe d'ailleurs une imbrication forte entre les activités utilisant les vecteurs conventionnels et celles utilisant le vecteur numérique.

Cependant, un des attraits de l'économie numérique pour les particuliers est la simplicité de conclusion et de réalisation des échanges, ce qui oblige à adapter les modalités d'assujettissement social. Pour les activités de plus faible envergure, cette simplicité est peu compatible avec les procédures habituelles de déclaration des activités et des revenus, que ce soit sous une forme indépendante (du fait des contraintes inhérentes à l'obligation de création d'une entreprise) ou salariée (en l'absence de relation suivie entre le prestataire et le commanditaire permettant le recueil des formalités nécessaires et la réalisation des formalités). Il en résulte une complexité importante pour les particuliers

Des actions innovantes ont déjà été entreprises afin de faciliter et sécuriser le développement des petites activités indépendantes sur les plateformes numériques. Dans un premier temps, le législateur a mis l'accent sur l'obligation d'information des plateformes, tant à l'égard de leurs utilisateurs en obligeant à la transmission d'un état récapitulatif annuel des revenus issus de ces activités, qu'envers les URSSAF en prévoyant un droit de communication général permettant aux organismes de recueillir les données d'identification des particuliers et des prestations réalisés, afin de les contacter pour s'assurer de la correcte déclaration des sommes dues¹ ainsi que la transmission des revenus issus de l'économie collaborative par les plateformes aux services fiscaux et aux URSSAF².

Dans un second temps, le droit de la sécurité sociale a été modifié pour aménager diverses modalités déclaratives simplifiées pour les personnes qui exercent des micro-activités, souvent accessoires à une autre activité professionnelle, afin de leur donner la possibilité de simplifier leurs déclarations et de cumuler des droits sociaux pour la petite activité déclarée :

- La première étape en la matière a été la **création du statut d'auto-entrepreneur (devenu depuis micro-entrepreneur) qui a facilité la création d'entreprise** et l'exercice d'une activité secondaire non salariée. La mise en place de ce statut a été accompagnée par la simplification des démarches déclaratives des cotisants avec l'ouverture d'un site internet unique, autoentrepreneur.urssaf.fr, permettant d'y effectuer à la fois les formalités de création d'entreprise ainsi que les déclarations sociales obligatoires. Le régime micro-social a également simplifié les modalités de calcul (taux unique de cotisation) et de recouvrement des cotisations (sans provisionnel et régularisation). Mi-2019, 1 565 000 micro-entrepreneurs étaient inscrits auprès des Urssaf³. La loi de finances pour 2019 a doublé le plafond de chiffre d'affaires permettant d'utiliser le régime micro-social⁴, élargissant son bénéfice à des niveaux de revenus plus importants.
- **Les centres nationaux CESU et Pajemploi, qui simplifient les démarches sociales des particuliers employant des salariés effectuant des activités de service à la personne à leur domicile, rencontrent un véritable succès** : 1,9 million de particuliers employeurs ont déclaré près de 500 millions d'heures en 2019 (hors assistants maternels⁵). L'article 14 de la LFSS 2018 a élargi le champ d'application du CESU au-delà des activités strictement définies comme des services à la personne à d'autres activités, de façon à ce que les particuliers réalisant de petites activités de prestation de de formation et de conseil ponctuelles et de courte durée⁶ puissent être également déclarés par leurs clients par ce moyen. Depuis lors, pour ces activités exercées

¹ Article L. 114-19 du CSS.

² Articles 242 bis du CGI et L. 114-19-1 du CSS.

³ Acof Stats janvier 2020

⁴ 176 200 € pour les activités de commerce et de fourniture de logement (hôtels, chambres d'hôtes, gîtes ruraux classés en meublés de tourisme, meublés de tourisme), 72 600 € pour les prestations de service et les professions libérales relevant des BNC ou des BIC. 72 600 € pour les prestations de service et les professions libérales relevant des BNC ou des BIC.

⁵ Acof Stats avril 2020

⁶ Il s'agit des activités d'enseignement, de formation et d'accompagnement notamment en matière sportive et culturelle pour des prestations dont la durée n'excède pas trois heures hebdomadaires auprès d'un même particulier (article D.133-13-19 du CSS).

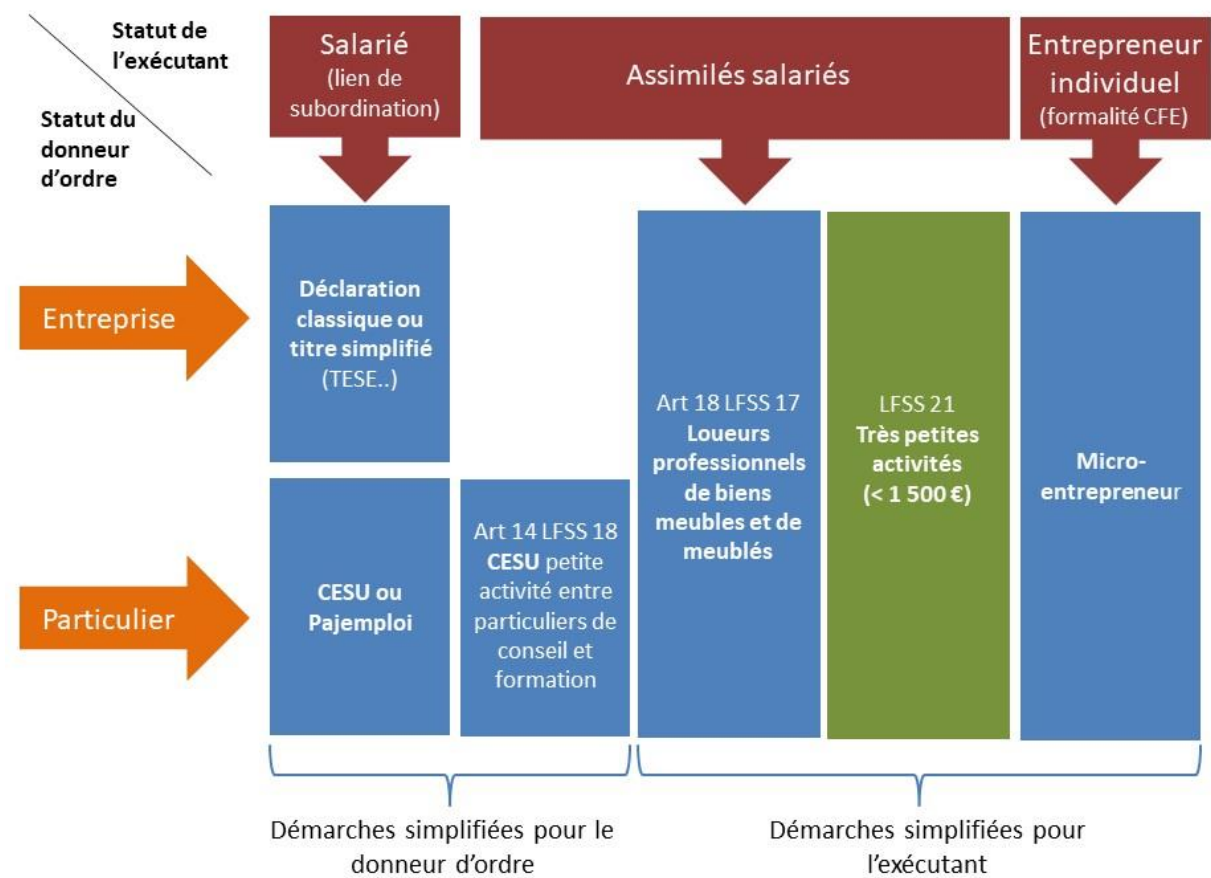
de façon très ponctuelle, un régime simplifié (sans déclaration de début d'activité au centre des formalités des entreprises) existe déjà pour des relations entre donneurs d'ordre et exécutants.

- Enfin, un **droit d'option pour le régime général pour les seules activités de locations de meublés au-delà de 23 000 € de revenus annuels ou de locations biens meubles au-delà de 8 227 €¹** de revenus annuels évitant des situations de poly-affiliation a été créé afin de simplifier la situation des personnes qui ne souhaitent pas créer à cette occasion une entreprise commerciale.

Modalités actuelles de déclaration des revenus retirés de l'économie numérique/collaborative	
Micro-social	CESU
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revenus issus de la location ou vente de biens : <ul style="list-style-type: none"> - Location de meublés de courte durée entre 23 000 €* et 72 500 € - Location de meublés de tourisme classé entre 23 000 €* et 176 200 € - Location de chambres d'hôtes entre 5 348 €* et 176 200 € - Location de biens meubles entre 8 227 €* et 72 500 € - Vente de biens (biens achetés ou fabriqués spécifiquement en vue de les revendre par exemple : réalisation de bijoux, d'objets de décoration...) inférieurs à 176 200 € ▪ Revenus issus de la vente de services (création de site internet, travaux de rédaction ou de relecture, coaching...) jusqu'à 176 200 € ▪ Revenus issus de services ponctuels effectués par des particuliers auprès de particuliers: petits travaux effectués par des particuliers en lien avec le domicile (entretien de bâtiments, déménagement, débarras de cave ou de grenier, construction, entretien et réparation de bâtiments relevant des métiers de gros œuvre, de second œuvre ou de finition (maçon, plâtrier, peintre...), entretien ou réparation des réseaux et matériels utilisant le gaz, l'eau et l'électricité...); guides amateur proposant leurs services à des particuliers, repas proposés à des particuliers par des particuliers au domicile de ces derniers contre paiement...; promenade d'animaux) jusqu'à 176 200 € ▪ Revenus issus de « micro-tâches » (identifier des objets dans une image, de transcrire des factures, de modérer du contenu sur les médias sociaux, de visionner des vidéos de courte durée, de copier-coller du texte ou de répondre à des sondages en ligne, de réaliser des clics...) jusqu'à 176 200 € <p><i>* en deçà du plancher, ces revenus sont traités comme revenus du patrimoine</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revenus tirés des activités de service exercées au domicile des particuliers (garde d'enfants ; assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile, services aux personnes à leur domicile relatifs aux tâches ménagères ou familiales) dans un cadre salarié ▪ Revenus des activités de conseil ou de formation liées à une activité de service exercée au domicile des particuliers

¹ 20% du PASS en 2020

Schéma des solutions d'assujettissement applicables aux activités professionnelles (en vert la nouvelle solution proposée)



Toutefois, certains particuliers, lorsqu'ils réalisent des activités de très faible importance, peuvent avoir des difficultés à comprendre la législation applicable et les statuts proposés, comme celui de la micro-entreprise. Cette obligation de création d'une entreprise peut ainsi être mal appréhendée par les particuliers qui exercent déjà une activité salariée, ce qui les conduit le plus souvent à ne pas se conformer à leurs obligations et à ne pas déclarer les revenus perçus.

Le développement des services à la demande a pu permettre à certaines personnes de réaliser des activités rémunérées sans se conformer à leurs obligations sociales et fiscales. Ce non-respect est moins souvent lié à une volonté de fraude qu'à une méconnaissance des obligations déclaratives. En particulier, les entreprises souscrivent¹ les déclarations obligatoires (création, modification ou cessation) auprès d'un centre de formalité des entreprises (CFE). Le dépôt d'un dossier au CFE vaut déclaration pour l'entreprise auprès de l'ensemble des organismes destinataires. Suivant la nature de l'entreprise (son activité professionnelle), le CFE pourra être la chambre de commerce et d'industrie (CCI), le greffe du tribunal de Commerce, le centre des impôts ou l'Urssaf. L'enjeu principal est la **simplification de ces démarches administratives et sociales des particuliers qui réalisent de « très petites activités ponctuelles », sans créer de frontière avec le reste de l'économie.**

Une meilleure déclaration des petites activités de l'économie aujourd'hui informelle permettra également aux pouvoirs publics de développer une vision et une compréhension plus exhaustive de l'activité économique en France, et de mieux prendre en compte les enjeux spécifiques de ces populations.

Cette solution rejoint les **recommandations de la mission IGAS de 2016² sur un système ultra-simplifié passant non par une démarche de création d'entreprise mais par la déclaration des sommes via le numéro de sécurité sociale.** Elle fait également écho aux **travaux du Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFIPS)** relatifs à la nano-activité ou aux plateformes de mobilité. Le HCFIPS recommande ainsi de permettre l'affiliation de certaines catégories de travailleurs de plateforme une affiliation au régime général en tant qu'assimilés salariés (article L. 311-3 du code de la sécurité sociale)³. Il est **proposé de ne pas restreindre une telle mesure, qui vise à remédier**

¹ Article R. 123-1 du code de commerce : « Les centres de formalités des entreprises permettent aux entreprises de souscrire en un même lieu l'ensemble des formalités et procédures nécessaires à l'accès et à l'exercice de leur activité. »

² Rapport de Nicolas Amar et Louis-Charles Vioissat, « Les plateformes collaboratives, l'emploi et la protection sociale », mai 2016.

³ Haut Conseil du financement de la protection sociale, Note d'étape sur le prélèvement social des travailleurs indépendants, diagnostic et propositions, mars 2019

à certaines « zones grises » du champ de la protection sociale, au champ des plateformes, puisque des activités similaires peuvent être réalisées sans passer par des plateformes numériques.

• **Mise à jour des modalités d'assujettissement pour les loueurs de meublés / biens meubles**

Il convient, lorsqu'il y a acquisition de revenus, de distinguer les situations dans lesquelles les revenus d'un particulier sont considérés comme des revenus du patrimoine de celles dans lesquelles il s'agit d'une activité professionnelle. C'est le **problème spécifique à l'activité de location de biens, qui peut relever de l'une ou l'autre des catégories**, seule la seconde entraînant le paiement de cotisations sociales, la première entrant dans le champ des prélèvements sociaux sur le patrimoine.

L'article 18 de la LFSS pour 2017 a prévu une frontière simple pour distinguer les situations dans lesquelles les revenus d'un particulier sont considérés comme des revenus du patrimoine de celles dans lesquelles il s'agit d'une activité professionnelle : **en dessous d'un seuil de 23 000 euros de chiffre d'affaires pour les locations saisonnières d'appartement et de maison meublés** et de 8 228 euros pour la location de biens meubles, les revenus demeurent considérés comme des revenus du patrimoine et donnent lieu aux prélèvements sur le patrimoine, non constitutifs de droits sociaux mais néanmoins assujettis à prélèvements sociaux et fiscaux. Au-dessus de ces seuils, les revenus sont considérés comme des revenus d'activité, soumis aux cotisations et contributions de sécurité sociale du régime des travailleurs indépendants et permettant de s'ouvrir des droits. Pour les personnes qui veulent s'affilier au régime général (sur option), les démarches pour s'affilier, déclarer et payer ont été radicalement simplifiées puisqu'une **interface dédiée a été mise en ligne sur le site urssaf.fr**, qui permet d'effectuer l'ensemble des démarches en ligne en quelques clics.

Alors que le dispositif n'a fait l'objet d'aucune campagne de communication d'envergure, plusieurs centaines de personnes ont spontanément fait la démarche de se mettre en conformité en déclarant des revenus via ce service : on comptait fin décembre 2019 651 déclarants (620 pour la location tourisme, 15 pour la location d'habitation et 16 pour la location de biens meubles). Ces cotisants ont payé 1 290 495 € de cotisations en 2019¹.

Toutefois ce dispositif doit être clarifié dans certaines de ses modalités afin de rendre plus lisible et de tirer un bilan des trois premières années de sa mise en œuvre, et de prendre en compte l'évolution des critères fiscaux afin de garantir la cohérence des deux dispositifs.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

• **Généralisation du dispositif ultra-simplifié pour les activités de très faible importance**

Publics éligibles (défini dans la loi)

Il est proposé d'élargir dans la loi le champ du dispositif de 2017 (relatif aux loueurs de meublés ou biens meubles) pour **permettre aux particuliers qui le souhaitent d'exercer une option leur permettant, sous un seuil de revenus de 1 500 €, de s'affilier directement au régime général de sécurité sociale en tant qu'assimilé salarié pour l'exercice d'une petite activité ponctuelle.**

Cette option pour cotiser directement au régime général dans les mêmes conditions que pour un travail salarié aurait notamment pour avantage de faciliter le cumul d'activités pour des personnes qui n'ont pas une activité principale en tant que travailleur indépendant, d'éviter les situations de poly-affiliation et de dispenser ces personnes de formalités de création d'entreprise susceptibles de les désinciter à déclarer officiellement leur petite activité ponctuelle, qui pourrait pourtant leur permettre de s'ouvrir des droits supplémentaires aux prestations de sécurité sociale au titre de ces activités accessoires.

Le **champ des activités concernées**, défini par la loi, pourrait être celui des activités autorisées dans le cadre du dispositif micro-social. Il s'agit de viser en pratique les activités suivantes :

- **Prestations de service** : services ponctuels effectués par des particuliers auprès de particuliers (y compris services à la personne à l'exception des activités d'assistante maternelle²), notamment via des plateformes de « jobbing » : services bricolage, montage de meuble, aide déménagement, coaching en tout genre, création de site internet, travaux de relecture... ; toutes les micro-tâches du net (identification des objets dans une image, transcription des factures, modération de contenu sur les médias sociaux, visionnage de vidéos de courte durée, réponse à des sondages en ligne, réalisation de clics,...) ;
- **Achat** : import de produits revendus en France ou achat via un grossiste (plateformes de market place) ;
- **Vente** : ce qui relève de l'artisanat (bijoux, vêtements, accessoires de mode, accessoires de maison ou de puériculture...).

Les règles spécifiques déjà existantes pour certains secteurs d'activités, comme le partage de frais ou la location de biens meubles ou meublés ne seraient par ailleurs pas modifiées et donc pas concernées par ce nouveau dispositif puisque ces activités bénéficient déjà de deux possibilités d'affiliation (soit comme assimilé salarié, soit micro-entrepreneur ou comme travailleur indépendant au réel).

Pour les activités de formation et de conseil n'excédant pas 3 heures hebdomadaires auprès du même client, une quatrième possibilité de déclaration de revenus sera toujours possible via le dispositif CESU pour ceux qui en font le

¹ Source Arome, chiffres de l'ACOSS (Centre national de l'économie collaborative).

² Obligation d'un contrat de travail (articles L.423-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles)

choix et souhaitent conserver une relation employeur/salarié. Il en est de même pour les activités de prestation de service à domicile ou de garde d'enfant qui pourront toujours être déclarées par l'employeur via les dispositifs CESU/PAJEMPLOI.

Synthèse des solutions possibles d'affiliation selon le type d'activité

	Travailleur indépendant au réel ou via dispositif microsocial (sous conditions)	Régime général (salarial) via CESU / PAJEMPLOI*	Régime général en tant qu'assimilé salarié
Activités de travailleurs indépendants qui tirent des revenus annuels > 1 500 €	X		
Loueurs de meublés (> 23 000 €) et biens meubles (> 20% PASS)	X		X
Activités de services à la personne**	X	X	X
	X	X	X
Autres types d'activités autorisées dans le cadre du dispositif micro-social < 1 500 €	X		X

*A la différence des autres dispositifs, la déclaration est faite non par le travailleur mais par le donneur d'ordre qui est employeur et ouvre droit à une exonération de cotisations patronales et un crédit d'impôt.

**A l'exclusion des assistantes maternelles qui sont légalement salariées et ne peuvent donc pas être affiliées au régime des travailleurs indépendants

Cette option supplémentaire sera **accessible aux salariés du secteur privé ou du secteur public (sous réserve des obligations qui leur incombent à ce titre), ainsi qu'aux travailleurs indépendants**, qui pourront cependant toujours rattacher par simplicité leurs revenus à leur activité existante de travailleurs indépendants.

Il pourrait être proposé de retenir par décret un **plafond de 1 500 € de revenus**, soit un niveau suffisamment bas pour que seules les activités de très faible importance, qui ne conduisent pas les personnes qui les réalisent à avoir besoin de la visibilité induite par la création d'une activité sous la forme d'une entreprise, puissent bénéficier de cette option. Ce niveau est celui préconisé par le rapport IGAS de 2016 précité.

Enfin, en l'absence de création d'entreprise, **l'aide à la création et à la reprise d'entreprise (ACRE) ne serait en revanche pas applicable aux personnes qui opteraient pour le régime général**. En cas de création ultérieure d'une entreprise, ces personnes pourraient alors bénéficier de cette exonération sous réserve de respecter les conditions ouvrant droit au bénéfice de cette exonération (L. 5141-1 code du travail), dans les mêmes conditions que les travailleurs indépendants au réel ou que les microentrepreneurs. Elles pourront d'ailleurs y trouver le cas échéant un intérêt financier, en ciblant le bénéfice de l'exonération sur la période où du fait de revenus plus importants celle-ci leur permettra de bénéficier d'économies plus conséquentes.

Fonctionnement (qui sera précisé par décret en Conseil d'Etat)

La création d'une option pour le régime général, à l'instar de ce qui a été mis en place pour les loueurs de meublés et de biens meubles à compter de 2017, permettrait notamment aux travailleurs qui sont déjà salariés par ailleurs ou sans autre activité (et aux travailleurs indépendants qui le souhaitent) de s'ouvrir des droits supplémentaires au sein du régime général et de ne pas relever de plusieurs régimes simultanément. Ces particuliers n'auraient cependant pas à se signaler au régime des travailleurs indépendants mais au régime général en s'inscrivant sur une **interface dédiée qui pourrait être mise en ligne sur le site urssaf.fr** (et qui regrouperait l'ensemble des interfaces dédiées à l'économie collaborative), afin de leur permettre d'effectuer l'intégralité de leurs démarches en ligne de manière très simplifiée.

Copie de l'interface dédiée pour l'économie collaborative sur le site urssaf.fr pour les personnes qui optent pour le régime général au titre de leur activité de location

URSSAF

Votre espace
Siret / Identifiant
Mot de passe OK
Mot de passe oublié ?

Informations employeurs Informations indépendants Rechercher OK

Economie collaborative

Formulaire d'affiliation au titre d'une activité de location d'un bien ou d'un logement meublé de courte durée

Date de dépassement du seuil*
N° sécurité sociale* Date de naissance*
Nom* Prénom*
N° Téléphone mobile N° Téléphone
Adresse courriel*
Adresse postale*
Complément d'adresse
Code postal* Ville*

(*) Les champs marqués sont obligatoires.

Inscription aux services en ligne
L'inscription est immédiate et un mot de passe temporaire va vous être attribué. Vous aurez la possibilité de modifier ce mot de passe lors de votre connexion aux services en ligne.

Mandat de télépaiement SEPA
Vous avez la possibilité d'indiquer dès à présent le compte bancaire à partir duquel vous pourrez procéder au versement de vos cotisations

Code BIC
IBAN

J'accepte les termes et conditions du mandat de prélèvement SEPA*
(* Plus d'informations ici)

Enregistrer

Les formalités de création, de modification ou de cessation d'une activité seraient ainsi allégées pour celles dont le niveau d'importance ne justifie pas la réalisation de démarches administratives de création d'entreprise (pas de démarches auprès d'un CFE), sans créer pour autant de distorsion ou d'avantage fiscal ou social, et remplacées par une affiliation directe, sur une base déclarative, par assimilation à un salarié, permettant la constitution de ses droits sociaux de manière simplifiée.

Les cotisations sociales de droit commun du régime général (parts patronale + salariale des cotisations vieillesse de base, maladie, famille et FNAL¹, à l'exception de l'assurance chômage et des cotisations retraite complémentaire) et les contributions de sécurité sociale (CSG, CRDS, CSA) seraient dues et calculées aux taux de droit commun sur une assiette constituée de l'ensemble des recettes réalisées pour le trimestre concerné, diminuées d'un abattement unique, à préciser par décret, visant à tenir compte des charges d'activité de manière forfaitaire, et qui seraient déterminés afin que le choix de l'une des deux options n'entraîne pas de distorsion manifeste en termes de niveau de cotisations – en particulier au détriment du régime des travailleurs indépendants, microentrepreneurs notamment, étant souligné que le nouveau dispositif sera optionnel.

Par exemple, une personne qui vend des objets de sa fabrication en ligne et qui en tire 1 000 € de revenu brut dans l'année doit aujourd'hui déclarer cette somme au régime des travailleurs indépendants en tant que micro-entrepreneur, s'inscrire auprès du CFE dont il relève et s'acquitter de 128 € de cotisations² soit un revenu net de 872 €. Désormais, elle pourra choisir alternativement de recourir à ce service, permettant très simplement à l'ACOSS, via la plateforme qui sera mise en place, d'enregistrer son option pour une affiliation au régime général.

Pour les déclarants dont le CA resterait inférieur au seuil de 1 500€, il n'y aurait pas de démarches particulières à accomplir :

- Aucune formalité administrative de création d'entreprise ni aucune démarche d'affiliation spécifique ne serait demandée à l'exception d'une inscription *via* leurs numéros de sécurité sociale sur un téléservice spécifique développé par l'ACOSS.

¹ Ce sont les cotisations qui sont actuellement appliquées pour les loueurs de meublés ou de biens meubles qui optent pour le régime général.

² Abattement d'assiette applicable pour l'achat/vente en micro-social : 71% sur un taux de cotisations de 43,98%

- Cette solution s'inscrirait dans une logique de guichet unique (site dédié par exemple intégré à autoentrepreneur.urssaf.fr afin d'offrir un continuum à ceux qui franchiront le seuil de revenus en cours d'année) : le particulier pourrait auto-liquider un prélèvement libératoire à l'impôt sur le revenu (sous les mêmes conditions que pour un micro-entrepreneur) et aux cotisations sociales (calqué sur les taux pour les micro-entrepreneurs).
- Pour les activités réalisées via une plateforme numérique, il pourrait s'avérer opportun de poursuivre les offres de simplification en permettant systématiquement aux particuliers d'être directement précomptés par les plateformes des cotisations dues sur les montants des transactions qu'ils réalisent via les plateformes.

Articulation avec le régime de la microentreprise (qui sera précisé par décret en Conseil d'Etat)

Afin de lisser le passage du seuil de 1 500 euros, et éviter d'imposer trop tôt d'évoluer vers une situation administrative plus complexe, la bascule serait effective seulement l'année suivant deux années de dépassement du seuil ou lorsque les revenus annuels tirés de ces activités accessoires ont dépassé 3 fois ce seuil (soit un passage au-delà de 4 500 euros).

Le transfert serait alors effectif le 1^{er} janvier de l'année suivante et automatiquement réalisé par l'ACOSS à partir des informations renseignées par le cotisant lors de l'inscription sur le téléservice développé pour les activités de moins de 1 500 € de CA annuel et éventuellement complétées par une demande au cotisant d'information complémentaires lors de sa déclaration (sous forme de pop-up par exemple).

Concrètement, l'ACOSS initierait la création d'une liasse CFE pour le compte du cotisant et lui ouvrirait un compte en tant que micro-entrepreneur tout en l'informant de son changement de statut et des nouvelles formalités déclaratives qui lui incombent. Bien entendu, le micro-entrepreneur serait accompagné pour la réalisation de celles-ci.

Une fois le transfert réalisé au régime micro-entrepreneur, même si la personne repasse l'année suivante sous le seuil de 1 500 €, elle resterait micro-entrepreneur et continuerait à faire ses déclarations et ses paiements sur le site autoentrepreneur.urssaf.fr.

• *Alignement des règles sociales et fiscales pour les loueurs de meublés ou de biens meubles*

Il conviendra par ailleurs, de manière plus accessoire, de clarifier un certain nombre de modalités de mise en œuvre de l'option au régime général pour les locations de biens, existant depuis 3 ans, pour rendre plus lisible et plus simple le dispositif pour les utilisateurs.

La mesure vise également à **supprimer à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale le critère d'inscription au registre du commerce et des sociétés** pour être considéré comme loueur de meublé professionnel en social. Ce critère est **remplacé par un critère de revenu de location majoritaire dans les revenus du foyer** afin de le mettre en cohérence avec la nouvelle rédaction de l'article 155 du code général des impôts¹ issus de la loi de financement pour 2020.

Le droit social sera alors mis en cohérence avec le droit fiscal : un loueur de meublé professionnel au sens fiscal sera considéré comme un loueur de meublé professionnel au sens social et donc assujéti aux cotisations de sécurité sociale au-delà de 23 000 euros de revenus annuels tirés de sa location, dès lors que ces revenus constituent la majorité des revenus de son foyer fiscal.

Enfin, un décret permettra de coordonner l'application des critères et préciser des points aujourd'hui non pris en compte :

- lorsque le bien immobilier est détenu par plusieurs personnes, chacune de ces personnes doit déclarer le pourcentage de revenus correspondant aux parts qu'elle détient dans ce bien ;
- lorsque la location est effectuée par le biais d'une personne morale, par exemple par une société civile immobilière, il n'y a pas d'obligation d'affiliation.

S'agissant ensuite des **modalités déclaratives et de paiement**, le décret précisera que les déclarations et paiements des cotisations sociales se font à échéance trimestrielle, le 15 du mois suivant le trimestre civil écoulé. L'entrée dans le régime est définitive, même si le seuil d'affiliation n'est plus atteint les années suivantes, le loueur peut cependant demander à l'ACOSS sa radiation s'il cesse son activité de location. Les seuils de dépassement s'apprécient par année.

b) Autres options possibles

• *Création d'un tiers secteur entre les salariés et les travailleurs indépendants pour sécuriser le statut d'utilisateurs de plateformes numériques*

Comme évoqué plus haut, la totalité des situations rencontrées trouve aujourd'hui sa solution dans la répartition classique entre les statuts de salarié et de travailleur indépendant. Les nouvelles activités de l'économie collaborative ou numérique appartiennent majoritairement à ce second statut.

Surtout, la création d'un tiers secteur irait totalement à rebours du mouvement d'évolution nécessaire de la sécurité sociale, qui tend à **faire converger les droits et les prélèvements des indépendants avec ceux des salariés** (hausse de l'assiette minimale de retraite permettant de valider 3 trimestres de retraite; rapprochement de la durée du délai de carence (J) pour les assurés de la sécurité sociale des travailleurs indépendants (SSTI) vers celle prévue au RG ; réduction de 7 à 3 jours pour les arrêts de plus de 7 jours (3 jours au RG)).

¹ Modification pour tenir compte de la décision n° 2017-689 QPC du 8 février 2018.

• **Généralisation des déclarations et du paiement des cotisations et contributions sociales pour les micro-entrepreneurs via les plateformes d'économie collaborative.**

Conformément à l'article L. 613-6 du code de la sécurité sociale, les micro-entrepreneurs exerçant leur activité par l'intermédiaire d'une personne dont l'activité consiste à mettre en relation par voie électronique plusieurs parties en vue de la vente d'un bien ou de la fourniture d'un service peuvent autoriser par mandat cette personne à réaliser par voie dématérialisée les démarches déclaratives de début d'activité, les déclarations de chiffre d'affaire ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions sociales. Il pourrait être donc proposé à l'ACOSS de se rapprocher des principales plateformes d'économie collaborative pour conclure des conventions d'intermédiation afin de généraliser cette pratique.

Cette solution nécessite toutefois une concertation préalable avec l'ensemble des plateformes numériques concernées et qui n'a pas encore été engagée.

De plus, il est déjà possible pour les plateformes de conclure de telles conventions avec l'ACOSS et la pratique semble confirmer qu'elles ne sont pas pour l'instant intéressées par ce dispositif.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure a vocation à figurer dans le volet recettes de la loi de financement de la sécurité sociale (3° du B du V de l'article LO. 111-3 du CSS) par son effet sur les recettes de l'année et des années à venir des régimes obligatoires de base :

- Au titre des recettes supplémentaires engendrées par la baisse de la sous-déclaration des nano-activités ;
- Au titre des recettes supplémentaires engendrées par la mise à jour des modalités d'assujettissement des loueurs de meublés.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) **La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?**

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) **La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?**

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) **Possibilité de codification**

Modification des articles L. 611-1 et L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

b) **Abrogation de dispositions obsolètes**

Sans objet.

c) **Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer**

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Directement applicable

Mayotte	Non applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'ensemble de cette mesure devrait faciliter l'application du droit social à la sphère de l'économie numérique et devrait générer de ce fait des recettes supplémentaires pour la sécurité sociale.

Une hausse qui serait de l'ordre de 10% de la déclaration chiffre d'affaires réalisés via les plateformes collaborative, évalué à 380 M€ en 2015, pourrait générer un rendement à hauteur de 10 M€ environ.

A ces 10 M€ il conviendrait d'ajouter le montant de cotisations supplémentaires recouvrées dues par les loueurs de meublés professionnels, dont le champ a été élargi fiscalement avec la nouvelle rédaction de l'article 155 du code général des impôts issus de la loi de financement pour 2020.

A plus long terme, ces mesures pourront accroître de manière proportionnelle les dépenses de la sécurité sociale du fait des droits additionnels acquis par les assurés (retraite, indemnités journalières).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre			+ 10 M€	+ 10 M€	+ 10 M€
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

Cette mesure s'inscrit dans la politique gouvernementale de développer les activités au sein de la sphère collaborative et numérique, tout en facilitant la déclaration sociale de l'ensemble des activités économiques ainsi qu'en permettant l'ouverture de droits sociaux supplémentaires à toutes les personnes qui réalisent ces activités aussi bien dans l'économie traditionnelle que l'économie numérique. Elle va dans le sens d'une simplification et d'une modernisation des démarches administratives, ainsi que des méthodes de déclaration sociale et recouvrement des cotisations et contributions sociales.

b) Impacts sociaux

Cette mesure est garante des droits sociaux des personnes exerçant de petites activités dans l'économie traditionnelle ou l'économie numérique en offrant un cadre sécurisé permettant une déclaration des revenus d'activité, un paiement des cotisations et l'ouverture des droits sociaux afférents.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Il s'agit d'une mesure de simplification des règles sociales pour des personnes qui perçoivent des revenus de faibles montants notamment par le biais de plateformes numériques.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Cette mesure permettra aux organismes d'inspection et de contrôle de mieux investir le champ de l'économie collaborative.

Elle pourra impliquer des développements informatiques pour les Urssaf, qui devraient rester limités du fait de l'existence d'une plateforme permettant l'exercice d'un droit d'option pour le régime général des loueurs de meublés ou biens meubles professionnels, qui pourra être réutilisée.

Elle pourra nécessiter la mise en place de procédures dématérialisées entre l'ACOSS et la DGFIP/l'INSEE en matière de transmission d'informations et de procédures de création d'entreprise.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Coût du développement et de la maintenance en matière de systèmes d'information pour l'ACOSS.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un ensemble de textes d'application devront être pris pour expliciter par décret en Conseil d'Etat les modalités de déclaration et de paiement des cotisations via le guichet unique.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Il est prévu une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Cette mesure nécessitera une large diffusion d'information auprès des publics concernés (particuliers, plateformes) ainsi que des différents acteurs impliqués (organismes de sécurité sociale, DGFIP).

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure nécessite un suivi notamment sur la partie simplification.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 611-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 611-1 modifié du code de la sécurité sociale
Le présent livre s'applique aux personnes suivantes :	Le présent livre s'applique aux personnes suivantes :

<p>1° Les travailleurs non salariés qui ne sont pas affiliés au régime mentionné au 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>2° Les débitants de tabacs ;</p> <p>3° Pour des raisons impérieuses de sécurité, les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'Etat ou d'une autorisation d'exercer, organisés en association ou en syndicat professionnel pour la mise en œuvre de leur activité ; ces moniteurs sont considérés comme exerçant une activité non salariée, quel que soit le public auquel ils s'adressent ;</p> <p>4° Les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>5° Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme dont le revenu imposable de l'activité est supérieur à un montant fixé par décret ;</p> <p>6° Les personnes, autres que celles mentionnées au 7° du présent article, exerçant une activité de location de locaux d'habitation meublés dont les recettes sont supérieures au seuil mentionné au 2° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, lorsque ces locaux sont loués à une clientèle y effectuant un séjour à la journée, à la semaine ou au mois et n'y élisant pas domicile, sauf option contraire de ces personnes lors de l'affiliation pour relever du régime général dans les conditions prévues au 35° de l'article L. 311-3 du présent code, ou lorsque ces personnes remplissent les conditions mentionnées au 1° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts ;</p> <p>7° Les personnes exerçant une activité de location de biens meubles mentionnée au 4° de l'article L. 110-1 du code de commerce et dont les recettes annuelles tirées de cette activité sont supérieures à 20 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, sauf option contraire de ces personnes lors de l'affiliation pour relever du régime général dans les conditions prévues au 35° de l'article L. 311-3.</p> <p>Il s'applique en outre aux conjoints collaborateurs et associés des personnes mentionnées au 1° dans les conditions fixées par le titre 6.</p>	<p>1° Les travailleurs non salariés qui ne sont pas affiliés au régime mentionné au 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>2° Les débitants de tabacs ;</p> <p>3° Pour des raisons impérieuses de sécurité, les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'Etat ou d'une autorisation d'exercer, organisés en association ou en syndicat professionnel pour la mise en œuvre de leur activité ; ces moniteurs sont considérés comme exerçant une activité non salariée, quel que soit le public auquel ils s'adressent ;</p> <p>4° Les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>5° Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme dont le revenu imposable de l'activité est supérieur à un montant fixé par décret ;</p> <p>6° Les personnes, autres que celles mentionnées au 5° du présent article, exerçant une activité de location de locaux d'habitation meublés dont les recettes sont supérieures au seuil mentionné au 2° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, lorsque ces locaux sont loués à une clientèle y effectuant un séjour à la journée, à la semaine ou au mois et n'y élisant pas domicile, sauf option contraire de ces personnes lors de l'affiliation pour relever du régime général dans les conditions prévues au 35° de l'article L. 311-3 du présent code, ou lorsque ces personnes remplissent les conditions mentionnées au 1° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts ;</p> <p>7° Les personnes exerçant une activité de location de biens meubles mentionnée au 4° de l'article L. 110-1 du code de commerce et dont les recettes annuelles tirées de cette activité sont supérieures à 20 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, sauf option contraire de ces personnes lors de l'affiliation pour relever du régime général dans les conditions prévues au 35° de l'article L. 311-3.</p> <p>Il s'applique en outre aux conjoints collaborateurs et associés des personnes mentionnées au 1° dans les conditions fixées par le titre 6.</p>
<p align="center">Article L. 311-3 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 311-3 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p> <p>[...]</p> <p>35° Les personnes mentionnées aux 6° et 7° de l'article L. 611-1 du présent code qui exercent l'option mentionnée à cet article dès lors que leurs recettes ne dépassent pas les seuils mentionnés aux a et b du 1° du I de l'article 293 B du code général des impôts. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par ces personnes sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement de 60 %. Par dérogation, cet abattement est fixé à 87 % pour les personnes mentionnées au 6° de l'article L. 611-1 du présent code lorsqu'elles exercent une location de locaux d'habitation meublés de tourisme, définis conformément à l'article L. 324-1 du code du tourisme.</p>	<p>Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p> <p>[...]</p> <p>35° Les personnes mentionnées aux 6° et 7° de l'article L. 611-1 du présent code qui exercent l'option mentionnée à cet article dès lors que leurs recettes ne dépassent pas le seuil mentionné au premier alinéa du 1° de l'article 102 ter du code général des impôts. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par ces personnes sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement de 60 %. Par dérogation, cet abattement est fixé à 87 % pour les personnes mentionnées au 6° de l'article L. 611-1 du présent code lorsqu'elles exercent une location de locaux d'habitation meublés de tourisme, définis conformément à l'article L. 324-1 du code du tourisme.</p>

<p>36° Les particuliers qui font appel pour leur usage personnel à d'autres particuliers pour effectuer de manière ponctuelle un service de conseil ou de formation en contrepartie d'une rémunération au sens de l'article L. 242-1 du présent code, pour des activités dont la durée et la nature sont définies au décret mentionné au 8° de l'article L. 133-5-6.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>	<p>36° Les particuliers qui font appel pour leur usage personnel à d'autres particuliers pour effectuer de manière ponctuelle un service de conseil ou de formation en contrepartie d'une rémunération au sens de l'article L. 242-1 du présent code, pour des activités dont la durée et la nature sont définies au décret mentionné au 8° de l'article L. 133-5-6.</p> <p>37° Les particuliers qui vendent des biens neufs qu'ils ont confectionnés ou achetés pour les revendre ou qui fournissent des services rémunérés de manière ponctuelle et qui exercent l'option pour relever du régime général, dès lors que leurs recettes annuelles ne dépassent pas un montant de 1 500 €. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par ces personnes sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement forfaitaire fixé par décret, qui ne peut pas être inférieur à l'abattement prévu au premier alinéa de l'article 102 ter du code général des impôts ni supérieur au plus élevé des abattements prévus au troisième alinéa de l'article 50-0 du même code. Lorsque le montant mentionné au présent alinéa est dépassé au titre de deux années consécutives, ou le triple de ce montant au titre d'une même année, l'option cesse d'être applicable à compter de l'année suivante.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>
<p>Article L. 131-6-4 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 131-6-4 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>(...)</p> <p>III.-Le bénéfice de l'exonération mentionnée au I du présent article ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 613-1 et L. 621-3 du présent code et à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>(...)</p>	<p>(...)</p> <p>III.-Le bénéfice de l'exonération mentionnée au I du présent article ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, ni avec celui prévu au 37° de l'article L. 311-3 du présent code, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 613-1 et L. 621-3 du présent code et à l'article L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>(...)</p>

Article 15 – Simplifier les démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

a) Diversité des obligations déclaratives des travailleurs indépendants agricoles

Chaque année, près de 369 680 chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ainsi que 66 114 cotisants de solidarité¹ remplissent plusieurs déclarations distinctes :

Deux déclarations auprès de l'administration fiscale :

- d'une part, les déclarations professionnelles (liasses fiscales, notamment la déclaration n° 2151-SD permettant la détermination du résultat fiscal agricole), à transmettre avant le début du mois de mai, qui permettent de déterminer le résultat de l'activité professionnelle indépendante ; cette déclaration est principalement remplie et transmise par les tiers déclarants pour le compte des travailleurs indépendants ;
- d'autre part, la déclaration de l'ensemble des revenus du foyer, y compris donc le revenu professionnel (déclaration n° 2042 et annexes), qui permet d'établir l'impôt sur le revenu du foyer, dont le dépôt dématérialisé se situe traditionnellement entre avril et début juin.

Une déclaration auprès des caisses de MSA :

La déclaration des revenus professionnels des exploitants agricoles, dite « DRP », sert de base à la MSA pour le calcul des cotisations sociales et contributions obligatoires (maladie, maternité, invalidité, vieillesse, allocations familiales, CSG et CRDS, contribution de formation professionnelle) ainsi que pour le calcul de la cotisation de solidarité dues par ces derniers.

Celle-ci est souscrite au moyen d'un imprimé établi conformément au modèle fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de l'agriculture.

La DRP comprend différents imprimés :

- La DRP proprement dite : elle est destinée à la déclaration de l'ensemble des revenus, y compris les revenus issus d'une activité non agricole (à l'exception de ceux perçus dans une structure à l'IS) lorsque l'exploitant est pluriactif et qu'il exerce son activité agricole à titre principal ;
- La feuille annexe de calcul (FAC) : réservée aux personnes relevant d'un régime réel d'imposition, elle permet de réaliser les retraitements nécessaires pour passer de l'assiette fiscale à l'assiette sociale. Le montant obtenu est reporté au niveau de la DRP. A noter que lorsque plusieurs activités sont exercées dans des structures distinctes, autant de FAC doivent être complétées que d'activités non salariées exercées ;
- L'imprimé dédié aux personnes exerçant leur activité dans une structure à l'IS (société ou EIRL) permettant la déclaration des revenus de capitaux mobiliers (RCM) et des rémunérations des gérants majoritaires dites « article 62 du CGI ».

Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole et les cotisants de solidarité sont tenus d'adresser leur DRP à la caisse de MSA dont ils relèvent au plus tard à la date fixée par le conseil d'administration de la caisse, date qui ne peut être postérieure au 31 octobre.

Les imprimés DRP sont mis à disposition des assurés par les caisses de MSA au moins 30 jours avant la date limite de retour.

b) Des obligations déclaratives redondantes liées à l'identité de principe entre assiette fiscale et assiette sociale

L'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime (CRPM) établit la liste des revenus considérés comme des revenus professionnels pour la détermination de l'assiette des cotisations dues au régime de protection sociale des travailleurs indépendants agricoles.

L'article L. 731-15 du CRPM précise qu'il s'agit « des revenus nets professionnels retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu ». Cet article consacre ainsi un principe d'identité entre l'assiette fiscale et l'assiette sociale : l'assiette sociale des exploitants agricoles est calculée à partir des revenus fiscaux retenus pour le calcul de l'impôt.

Cette règle connaît diverses exceptions ayant vocation à prendre en compte les spécificités de l'activité agricole (variation des revenus d'une année sur l'autre, mesures de faveur pour les agriculteurs, etc.), qualifiés de « retraitements sociaux » au sein de la DRP, qui viennent majorer ou minorer l'assiette fiscale.

L'assiette sociale obtenue à la suite de ces différents retraitements sera donc le plus souvent distincte de l'assiette fiscale.

Néanmoins, dans la mesure où les différents revenus déclarés au plan fiscal constituent bien la base de l'assiette des cotisations sociales des exploitants agricoles, certaines informations renseignées par ces deniers au sein de leurs

¹ Personnes dirigeant une petite exploitation agricole tenues au paiement d'une cotisation dite de solidarité car non génératrice de droits.

déclarations fiscales se retrouvent également dans la DRP. Il est ainsi proposé de supprimer les demandes redondantes de données aux intéressés.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

La présente mesure prévoit d'unifier la déclaration sociale des revenus professionnels des travailleurs indépendants agricoles avec la déclaration de revenus établie par voie dématérialisée en tant que particulier. Elle a pour objectif d'une part de simplifier le parcours déclaratif de l'exploitant et, d'autre part, de fiabiliser les données relatives au calcul de ses cotisations et des droits correspondants, notamment en matière de retraite, de santé ou encore de formation professionnelle.

• *Personnes visées*

La population ciblée par cette mesure d'unification est celle des actuelles campagnes de déclarations fiscales et sociales réalisées par les travailleurs indépendants agricoles ou leurs tiers déclarants, c'est-à-dire les cotisants de solidarité et les non-salariés agricoles métropolitains dont les cotisations sont calculées à partir de leurs revenus professionnels.

Concernant les exploitants agricoles ultramarins, les cotisations sociales sont fixées sur une base forfaitaire (fonction de la superficie pondérée de l'exploitation) et non calculées sur un revenu professionnel, comme cela est le cas en métropole ; cette spécificité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles ultramarins ne permet pas de les intégrer, à ce stade, dans la mesure proposée et implique donc une évolution de ce système de prélèvement.

Une mission interministérielle confiée aux corps d'inspections IGAS/CGAER, associant les ministères des Solidarités et de la Santé, des Outre-mer et de l'Agriculture et de l'Alimentation sur la modernisation des règles liées au calcul des cotisations des exploitants agricoles en outre-mer est en cours, qui permettra sous réserve des préconisations de cette mission et de leur prise en compte par le Gouvernement, d'intégrer les exploitants ultra-marins à cette démarche d'unification des déclarations fiscales et sociales, à une échéance qui reste à définir.

• *Calendrier de mise en œuvre et nouvelles modalités d'échanges entre administrations*

L'unification des déclarations fiscales et sociales des exploitants agricoles est prévue à partir de la campagne déclarative 2022, au titre des revenus 2021. Celle-ci conduira à une évolution de leur parcours déclaratif ainsi qu'à l'instauration de nouvelles modalités de traitement des données déclarées par les administrations.

Concrètement, cette mesure de simplification s'inscrit dans un mouvement d'unification progressive des démarches fiscales et sociales des travailleurs indépendants agricoles, dont la première étape est déjà en vigueur :

1. depuis la campagne déclarative 2020, relative aux revenus 2019, les déclarations fiscales professionnelles alimentent automatiquement la déclaration en ligne de l'ensemble des revenus du travailleur indépendant agricole entrepreneur individuel ; celle-ci est désormais pré-remplie des informations issues de la déclaration professionnelle nécessaire à l'établissement de l'impôt sur le revenu, facilitant ainsi son parcours déclaratif (pour les gérants de SARL ou d'EIRL, dont le bénéfice professionnel peut être réparti entre plusieurs associés, le pré-remplissage est envisagé à compter de 2023) ;

2. à compter de la campagne déclarative 2022, relative aux revenus 2021, les travailleurs indépendants agricoles n'auront plus à transmettre de déclaration sociale à leur caisse de MSA : les données issues de la déclaration des revenus du foyer fiscal réalisée par voie dématérialisée seront en effet directement communiquées par l'administration centrale à la Caisse Centrale de la MSA (CCMSA) qui les mettra à disposition des différentes caisses afin que celles-ci puissent procéder au calcul des cotisations et contributions sociales dues par les intéressés.

A ce titre, les informations complémentaires nécessaires au calcul des cotisations des travailleurs indépendants agricoles seront intégrées dans le parcours de déclaration de revenus en ligne de ces derniers.

Ainsi, au terme de cette réforme de fond, **les travailleurs indépendants agricoles n'auront plus à remplir trois déclarations comportant des données similaires : la déclaration fiscale en ligne des revenus de l'ensemble du foyer sera pré-remplie à partir de la liasse fiscale professionnelle, principalement réalisée par les experts comptables, et la déclaration sociale ne leur sera plus demandée par les caisses de MSA.**

• *Procédure applicable en cas de transmission de déclarations fiscales par voie papier ou de corrections en ligne tardives*

Seules les données des déclarations de revenus transmises à l'administration fiscale par voie dématérialisée et avant la date limite de fermeture du téléservice pourront être transmises à la CCMSA. Les déclarations fiscales papier, ou les déclarations en ligne correctives transmises après la sortie des avis d'impôt (téléservice disponible d'août à décembre), ne vaudront pas de déclarations sociales. Il appartiendra donc au travailleur indépendant agricole de communiquer ses revenus à la caisse de MSA au moyen de la DRP comme aujourd'hui.

Les administrations travaillent dès à présent à une évolution prochaine de cette offre de service afin que les déclarations réalisées par le service de correction en ligne après la sortie des avis d'impôt (d'août à décembre) puissent également être transmises aux caisses de MSA afin de limiter les démarches du travailleur indépendant agricole.

• Alignement des dates de retour des déclarations et généralisation de la dématérialisation

La mise en place de l'unification des déclarations fiscales et sociales implique les deux évolutions réglementaires suivantes :

Suppression de la fixation par les CA des MSA de la date limite de retour des revenus professionnels

A l'heure actuelle, les dates limites de dépôt des DRP sont annuellement définies par le conseil d'administration de chaque caisse de MSA.

Or, dans le cadre de l'unification des déclarations fiscales et sociales, les éléments nécessaires au calcul des cotisations et contributions seront déclarés en même temps que les déclarations réalisées auprès de l'administration fiscale (liasses professionnelles et déclaration de revenus via les déclarations n° 2042), dont les dates de déclaration se situent entre début avril et début juin.

De ce fait, les MSA devront donc être dessaisies de la possibilité de fixer les dates limite de retour des DRP au profit d'une date unique suivant le calendrier fiscal. L'article D. 731-17 du CRPM, qui accorde aux MSA une telle prérogative, devra ainsi être modifié en conséquence.

Les dispositions relatives aux majorations et pénalités liées à l'absence de déclaration sociale, son dépôt tardif ou à une sous-déclaration restent en revanche inchangées.

Par ailleurs, cette évolution conduira à une plus grande homogénéité des démarches administratives des travailleurs indépendants agricoles qui aujourd'hui, selon la caisse de MSA dont ils relèvent, disposent d'un délai plus ou moins long afin de déclarer leurs revenus professionnels.

Généralisation de la dématérialisation des déclarations et paiements des cotisations sociales des travailleurs indépendants agricoles

La mise en place de l'unification des déclarations fiscales et sociales implique également l'obligation pour l'ensemble des travailleurs indépendants agricoles de déclarer leurs revenus professionnels au plan social de manière dématérialisée.

Pour rappel, l'article 29 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 a transposé à l'ensemble des travailleurs indépendants agricoles l'obligation d'effectuer la déclaration de revenus pour le calcul des cotisations sociales et le paiement des prélèvements sociaux par voie dématérialisée.

Initialement établi par le décret n° 2015-543 du 18 mai 2015 à 10 000 €, le seuil de dématérialisation a été modifié à compter du 1^{er} janvier 2019 par un décret n° 2018-538 du 27 juin 2018 qui prévoit une détermination de ce seuil à partir d'un pourcentage du PASS fixé à 15 % en 2020 (soit 6 170 €) et à 10 % à compter de 2021.

Pour respecter cette obligation de déclaration par voie dématérialisée, les adhérents ou leur tiers déclarant peuvent réaliser les DRP via leur espace personnel (DRP WEB) ou en EDI-DRP41 par l'intermédiaire d'un tiers (expert-comptable...) dans le cadre d'un conventionnement.

Dans le cadre de l'unification des déclarations fiscales et sociales des travailleurs indépendants agricoles, les services fiscaux ne pourront transférer à la CCMSA que les déclarations fiscales de revenus renseignées sur le téléservice prévu à cet effet. Les déclarations de revenus transmises aux services fiscaux par voie papier ne seront donc pas adressées à la CCMSA et ne vaudront pas déclarations sociales. **La mesure proposée implique donc une dématérialisation des déclarations et des paiements des cotisations sociales des travailleurs indépendants agricoles à compter du 1er janvier 2022.**

Une modification de l'article L. 731-13-2 du CRPM faisant référence à la dématérialisation de la déclaration de revenus professionnels est proposée Celle-ci s'accompagnera d'une abrogation de l'article D. 731-12-2 du CRPM fixant les différents seuils relatifs à l'obligation de dématérialisation.

De plus, dans la mesure où l'obligation de dématérialisation des déclarations fiscales est déjà inscrite dans la loi et que celle-ci a également été confirmée pour les travailleurs indépendants non agricoles, cette mesure suit la trajectoire engagée depuis quelques années.

A l'occasion de cette mesure, il est également proposé d'apporter une correction au texte issu l'article 19 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 concernant la majoration appliquée aux travailleurs indépendants en cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration par voie dématérialisée qui ne figure plus explicitement dans le code de la sécurité sociale. En effet, l'article 19 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a abrogé l'article L. 613-5 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2021 alors que ce dernier prévoyait cette majoration, par renvoi à l'article L. 133-5-5 applicable aux déclarations des employeurs. Comme l'article L. 133-5-5 ne fait mention que des « employeurs », cette majoration ne peut être assimilée aux travailleurs indépendants au titre de leurs déclarations sociales. C'est pourquoi, il est proposé de corriger cette malfection en complétant l'article L.613-2 du code de la sécurité sociale relatif aux travailleurs indépendants non agricoles par un alinéa renvoyant expressément aux sanctions prévues pour les employeurs comme cela était le cas jusqu'à présent et selon la même rédaction que celle proposée pour les travailleurs indépendants agricoles.

• Mesures spécifiques aux travailleurs indépendants non agricoles pour la bonne mise en œuvre de la fusion des déclarations sociales et fiscales : report de l'unification des déclarations pour les travailleurs indépendants non agricoles de Saint-Barthélemy

Il est proposé de préciser les modalités d'application de la mesure issue de l'article 19 de la LFSS pour 2020 aux travailleurs indépendants non agricoles de Saint Barthélemy.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, le recouvrement des cotisations et contributions sociales due par cette population est exercé par la MSA¹. Comme la mesure d'unification des déclarations sociales et fiscales issue de la LFSS pour 2020 s'applique bien de droit dans ce territoire à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les cotisants redevables de l'impôt sur le revenu mentionnés à l'article 170 du code général des impôts (donc pour les travailleurs indépendants non agricoles domiciliés fiscalement en France), il convient d'en prévoir les modalités d'application.

Néanmoins, puisque l'unification des déclarations fiscales et sociales au régime agricole aura lieu à compter de 2022, il est proposé, par simplification de gestion pour la MSA, que la fusion des déclarations fiscales et sociales pour les travailleurs indépendants non agricoles de ce territoire soit reportée d'un an.

Par conséquent, et pendant toute la durée de ce report, la MSA en charge de ce territoire, appelée Caisse de prévoyance de Saint Barthélemy, continuera à proposer en 2021 aux travailleurs indépendants non agricoles un téléservice permettant à ces cotisants de réaliser leur déclaration sociale sur leurs revenus 2020.

Par la suite, et une fois que l'unification des déclarations sera effective pour cette population, ce téléservice déclaratif devra perdurer pour les déclarations sociales des TI non agricoles domiciliés fiscalement hors de France ainsi que les déclarations sociales tardives pour l'ensemble des TI non agricoles de ce territoire (effectuées après la fermeture du service de déclaration en ligne des revenus de la DGFiP).

b) Autres options possibles

Il n'existe pas d'autre option possible.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

L'unification de la déclaration sociale avec la déclaration fiscale tend à poursuivre un objectif de simplification des modalités déclaratives et de recouvrement des cotisations pour les travailleurs indépendants agricoles. A ce titre, la place de cette mesure est justifiée en loi de financement de la sécurité sociale (art. LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, V.B.3°).

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

L'obligation pour les travailleurs indépendants agricoles de procéder à la nouvelle déclaration unifiée et dématérialisée de leurs revenus professionnels par la voie de la déclaration de revenus réalisée auprès de l'administration fiscale sera prévue par l'article L. 731-13-2 du code rural et de la pêche maritime, lequel prévoit actuellement l'obligation pour ces derniers, sous certaines conditions, de déclarer leurs revenus par voie dématérialisée.

Un ajout de précision est également proposé à l'article L. 752-1 du même code afin d'éviter toute confusion quant à l'organisme de sécurité sociale en charge de la gestion de la mesure de fusion des déclarations sociales et fiscales pour les travailleurs indépendants non agricoles à Saint-Barthélemy.

¹ Article L. 752-1 du code de la sécurité sociale et 4° de l'article 2 du décret n° 2017-992 du 10 mai 2017 modifié par le décret n° 2018-1322 du 28 décembre 2018

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure travailleurs indépendants agricoles non applicable à ce stade*
Mayotte	Mesure travailleurs indépendants agricoles non applicable à ce stade*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure travailleurs indépendants agricoles Non applicable à ce stade pour Saint-Martin et Saint Barthélemy Mesure relative aux travailleurs indépendants non agricoles : Saint-Barthélemy : applicable mais gérée par la caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy dans ce territoire Saint-Martin : mesure non concernée par la mesure car déjà applicable par la LFSS pour 2020
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesures non applicables
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesures non applicables

*Concernant les exploitants agricoles ultramarins, les cotisations sociales sont fixées sur une base forfaitaire (fonction de la superficie pondérée de l'exploitation) et non calculées sur un revenu professionnel. Cette spécificité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles ultramarins ne permet pas de les intégrer, à ce stade, dans la mesure proposée et implique donc une évolution de ce système de prélèvement.

IV. Evaluation des impacts**1. Impact financier global**

La mesure unifiant les déclarations sociales et fiscales est une mesure de simplification qui a donc un effet nul sur les prélèvements sociaux des travailleurs indépendants agricoles et non agricoles.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse**a) Impacts économiques**

L'unification des démarches facilitera et simplifiera les formalités sociales des travailleurs agricoles.

b) Impacts sociaux

Ces mesures permettent de simplifier leurs démarches administratives.

• **Impact sur les jeunes**

Sans objet.

• **Impact sur les personnes en situation de handicap**

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Il s'agit d'une mesure de simplification. La déclaration se fera par voie dématérialisée.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Sans objet.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants. Un partage des coûts entre les administrations concernées sera mis en place.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret en Conseil d'Etat devra être adopté afin de préciser les conditions de mise en œuvre de l'unification des déclarations fiscales et sociales à l'égard des travailleurs indépendants agricoles mais aussi à l'égard des travailleurs indépendants non agricoles de Saint-Barthélemy.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

L'unification des déclarations sociales et fiscales entrera en vigueur à partir de la campagne déclarative de 2022, au titre des revenus 2021 pour les travailleurs indépendants agricoles comme pour les travailleurs indépendants non agricoles de Saint-Barthélemy.

Pour la campagne déclarative de 2021 sur les revenus 2020, les travailleurs indépendants non agricoles de Saint-Barthélemy continueront, pour le calcul de leur cotisations et contributions sociales, à déclarer leurs revenus selon les procédures actuellement mises en œuvre.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Cette mesure devra faire l'objet d'une information aux assurés agricoles et non agricoles gérés par les caisses de mutualité sociale agricole.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure entre dans le cadre du plan de simplification du ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation et sera suivi au sein du comité interministériel de la transformation publique.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code rural et de la pêche maritime	
Article L. 731-13-2 actuel	Article L. 731-13-2 modifié
<p>Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 sont tenues d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée.</p> <p>Les obligations prévues au premier alinéa du présent article s'imposent au-delà d'un seuil fixé par décret en fonction du montant des revenus professionnels définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22.</p> <p>La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 sont tenues d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée.</p> <p>Les obligations prévues au premier alinéa du présent article s'imposent au-delà d'un seuil fixé par décret en fonction du montant des revenus professionnels définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22.</p> <p>La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale.</p> <p>I. Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 ont l'obligation de déclarer par voie dématérialisée les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts selon les modalités déterminées au même article 170. Dans les cas où la déclaration mentionnée à l'article 170 du code général des impôts n'est pas souscrite dans les conditions mentionnées à la première phrase du présent alinéa, les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 sont tenues d'effectuer la déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée auprès des caisses de mutualité sociale agricoles dont elles relèvent.</p> <p>Les caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-1 reçoivent de l'administration fiscale à leur demande, ou à celle des personnes mentionnées au premier alinéa, les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions.</p> <p>Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités selon lesquelles ces échanges sont réalisés sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II. Les personnes mentionnées au premier alinéa du I procèdent par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.</p> <p>III. La méconnaissance de l'obligation de déclaration et de versement par voie dématérialisée définit au premier alinéa du I et au II du présent article entraîne l'application de la majoration prévue, dans l'un ou l'autre cas, au II de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale.</p>
Code de la sécurité sociale	

<p>Article L. 613-2 tel qu'issu de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020</p>	<p>Article L. 613-2 (modifié)</p>
<p>I.- Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 et ne relevant pas de l'article L. 613-7 ont l'obligation de déclarer par voie dématérialisée les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts selon les modalités déterminées au même article 170. Dans les cas où la déclaration mentionnée à l'article 170 du code général des impôts n'est pas souscrite dans les conditions mentionnées à la première phrase du présent alinéa, les travailleurs indépendants sont tenus d'effectuer la déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code.</p> <p>Les organismes de sécurité sociale mentionnés aux mêmes articles L. 213-1 et L. 752-4 reçoivent de l'administration fiscale à leur demande, ou à celle du travailleur indépendant lui-même, les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions.</p> <p>Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités selon lesquelles ces échanges sont réalisés sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II.- Les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du I procèdent par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.</p> <p>III.- Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales selon les modalités mentionnées à l'article L. 613-8. Ils procèdent par voie dématérialisée au versement de ces cotisations et contributions sociales.</p>	<p>I.- Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 et ne relevant pas de l'article L. 613-7 ont l'obligation de déclarer par voie dématérialisée les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts selon les modalités déterminées au même article 170. Dans les cas où la déclaration mentionnée à l'article 170 du code général des impôts n'est pas souscrite dans les conditions mentionnées à la première phrase du présent alinéa, les travailleurs indépendants sont tenus d'effectuer la déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code.</p> <p>Les organismes de sécurité sociale mentionnés aux mêmes articles L. 213-1 et L. 752-4 reçoivent de l'administration fiscale à leur demande, ou à celle du travailleur indépendant lui-même, les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions.</p> <p>Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités selon lesquelles ces échanges sont réalisés sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II.- Les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du I procèdent par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.</p> <p>III.- Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales selon les modalités mentionnées à l'article L. 613-8. Ils procèdent par voie dématérialisée au versement de ces cotisations et contributions sociales.</p> <p>IV.- La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée définie au premier alinéa du I, au II et au III du présent article entraîne l'application de la majoration prévue, dans l'un ou l'autre cas, au II de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale.</p>
<p>Article L. 752-1</p>	<p>Article L. 752-1 (modifié)</p>
<p>L'organisation technique et financière de la sécurité sociale comprend notamment en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion, une caisse générale de sécurité sociale et une caisse d'allocations familiales dont le siège est fixé par arrêté interministériel.</p> <p>La caisse générale de sécurité sociale et la caisse d'allocations familiales de Guadeloupe sont compétentes, chacune dans leur domaine, pour l'application de la législation en matière de sécurité sociale à Saint-Martin.</p> <p>L'application de la législation en matière de sécurité sociale à Saint-Barthélemy, pour la gestion des missions mentionnées aux articles L. 611-1, L. 752-4, L. 752-7 et L. 752-8, est assurée par une caisse de mutualité sociale agricole, qui dispose localement d'une caisse de proximité, appelée " caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy ", désignée par le directeur de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, dans des conditions définies par décret.</p>	<p>L'organisation technique et financière de la sécurité sociale comprend notamment en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion, une caisse générale de sécurité sociale et une caisse d'allocations familiales dont le siège est fixé par arrêté interministériel.</p> <p>La caisse générale de sécurité sociale et la caisse d'allocations familiales de Guadeloupe sont compétentes, chacune dans leur domaine, pour l'application de la législation en matière de sécurité sociale à Saint-Martin.</p> <p>L'application de la législation en matière de sécurité sociale à Saint-Barthélemy, pour la gestion des missions mentionnées aux articles L. 611-1, L. 752-4, L. 752-7 et L. 752-8, est assurée par une caisse de mutualité sociale agricole, qui dispose localement d'une caisse de proximité, appelée " caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy ", désignée par le directeur de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, dans des conditions définies par décret.</p>

<p>Il est créé un conseil de suivi de l'activité de la caisse à Saint-Barthélemy. Sa composition, ses modalités de fonctionnement et son champ d'intervention sont définis par décret.</p> <p>Sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale les dispositions des articles L. 211-3 à L. 211-5, L. 211-7, L. 215-4, L. 216-1 à L. 216-3, L. 281-4 à L. 281-6, L. 711-1 et L. 731-1.</p> <p>Sont applicables aux caisses d'allocations familiales les dispositions des articles L. 211-7, L. 216-1 à L. 216-3, L. 281-4 à L. 281-6 et L. 711-1.</p>	<p>Il est créé un conseil de suivi de l'activité de la caisse à Saint-Barthélemy. Sa composition, ses modalités de fonctionnement et son champ d'intervention sont définis par décret.</p> <p>Sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale les dispositions des articles L. 211-3 à L. 211-5, L. 211-7, L. 215-4, L. 216-1 à L. 216-3, L. 281-4 à L. 281-6, L. 711-1 et L. 731-1.</p> <p>Sont applicables aux caisses d'allocations familiales les dispositions des articles L. 211-7, L. 216-1 à L. 216-3, L. 281-4 à L. 281-6 et L. 711-1.</p>
Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	
Article 19	Article 19 (modifié)
<p>I.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le 35° de l'article L. 311-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) A la première phrase, les références : « 8° et 9° » sont remplacées par les références : « 6° et 7° » ;</p> <p>b) A la dernière phrase, la référence : « 8° de l'article L. 613-1 » est remplacée par la référence : « 6° de l'article L. 611-1 » ;</p> <p>2° L'article L. 613-2 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 613-2.-I.-Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 et ne relevant pas de l'article L. 613-7 ont l'obligation de déclarer par voie dématérialisée les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts selon les modalités déterminées au même article 170. Dans les cas où la déclaration mentionnée à l'article 170 du code général des impôts n'est pas souscrite dans les conditions mentionnées à la première phrase du présent alinéa, les travailleurs indépendants sont tenus d'effectuer la déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code.</p> <p>« Les organismes de sécurité sociale mentionnés aux mêmes articles L. 213-1 et L. 752-4 reçoivent de l'administration fiscale à leur demande, ou à celle du travailleur indépendant lui-même, les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions.</p> <p>« Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités selon lesquelles ces échanges sont réalisés sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>« II.-Les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du I procèdent par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.</p> <p>« III.-Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales selon les modalités mentionnées à l'article L. 613-8. Ils procèdent par voie dématérialisée au versement de ces cotisations et contributions sociales. » ;</p> <p>3° L'article L. 613-5 est abrogé ;</p> <p>4° L'article L. 613-8 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 613-8.-Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 déclarent chaque mois ou chaque</p>	<p>I.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le 35° de l'article L. 311-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) A la première phrase, les références : « 8° et 9° » sont remplacées par les références : « 6° et 7° » ;</p> <p>b) A la dernière phrase, la référence : « 8° de l'article L. 613-1 » est remplacée par la référence : « 6° de l'article L. 611-1 » ;</p> <p>2° L'article L. 613-2 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 613-2.-I.-Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 et ne relevant pas de l'article L. 613-7 ont l'obligation de déclarer par voie dématérialisée les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts selon les modalités déterminées au même article 170. Dans les cas où la déclaration mentionnée à l'article 170 du code général des impôts n'est pas souscrite dans les conditions mentionnées à la première phrase du présent alinéa, les travailleurs indépendants sont tenus d'effectuer la déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code.</p> <p>« Les organismes de sécurité sociale mentionnés aux mêmes articles L. 213-1 et L. 752-4 reçoivent de l'administration fiscale à leur demande, ou à celle du travailleur indépendant lui-même, les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions.</p> <p>« Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités selon lesquelles ces échanges sont réalisés sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>« II.-Les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du I procèdent par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.</p> <p>« III.-Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales selon les modalités mentionnées à l'article L. 613-8. Ils procèdent par voie dématérialisée au versement de ces cotisations et contributions sociales. » ;</p> <p>3° L'article L. 613-5 est abrogé ;</p> <p>4° L'article L. 613-8 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 613-8.-Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 déclarent chaque mois ou chaque</p>

<p>trimestre leur chiffre d'affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul. » ;</p> <p>5° Le dernier alinéa de l'article L. 662-1 est ainsi rédigé :</p> <p>« Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants sont recouvrées selon les mêmes modalités que celles dues personnellement par les travailleurs indépendants. »</p> <p>II.-Après l'article L. 98 B du livre des procédures fiscales, il est inséré un article L. 98 C ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 98 C.-Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale communiquent à l'administration fiscale, avant le 30 juin de chaque année, les éléments nécessaires à l'établissement de l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 du même code placés sous le régime d'imposition prévu à l'article 151-0 du code général des impôts. Cette communication comporte le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques aux seules fins de la vérification par l'administration fiscale de la fiabilité des éléments d'identification des personnes physiques figurant dans les traitements de données relatives à l'assiette, au contrôle et au recouvrement de l'impôt sur le revenu. Les modalités de réalisation de cette communication sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p>III.-Le titre II de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa de l'article 28-11, après la référence : « III bis », est insérée la référence : « du titre III » ;</p> <p>2° Le chapitre V est complété par un article 28-12 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 28-12.-La section 3 du chapitre III du titre Ier du livre VI du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. » ;</p> <p>3° Il est ajouté un chapitre VI ainsi rédigé :</p> <p>« Chapitre VI</p> <p>« Modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants</p> <p>« Art. 28-13.-Pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants au titre de leurs revenus d'activité mentionnés au II de l'article 28-1, il est fait application des règles, modalités, garanties et sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code. »</p> <p>IV.-Les 2° et 3° du I sont applicables à compter des déclarations transmises en 2021 au titre des revenus de l'année 2020.</p> <p>Pour les travailleurs indépendants mentionnées à l'article L. 646-1 du code de la sécurité sociale, les articles L. 613-2 et L. 613-5 du même code restent applicables dans leur rédaction antérieure à la présente loi jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard au 1er janvier 2023.</p> <p>Le 2° du III s'applique aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1er avril 2020 pour les créations d'entreprises intervenues à compter de cette même date. Les travailleurs indépendants ayant débuté leur activité avant cette date peuvent demander jusqu'au 31 mars 2020 l'application de ces dispositions à compter du 1er avril 2020 pour les cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2020.</p>	<p>trimestre leur chiffre d'affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul. » ;</p> <p>5° Le dernier alinéa de l'article L. 662-1 est ainsi rédigé :</p> <p>« Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants sont recouvrées selon les mêmes modalités que celles dues personnellement par les travailleurs indépendants. »</p> <p>II.-Après l'article L. 98 B du livre des procédures fiscales, il est inséré un article L. 98 C ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 98 C.-Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale communiquent à l'administration fiscale, avant le 30 juin de chaque année, les éléments nécessaires à l'établissement de l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 du même code placés sous le régime d'imposition prévu à l'article 151-0 du code général des impôts. Cette communication comporte le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques aux seules fins de la vérification par l'administration fiscale de la fiabilité des éléments d'identification des personnes physiques figurant dans les traitements de données relatives à l'assiette, au contrôle et au recouvrement de l'impôt sur le revenu. Les modalités de réalisation de cette communication sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p>III.-Le titre II de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa de l'article 28-11, après la référence : « III bis », est insérée la référence : « du titre III » ;</p> <p>2° Le chapitre V est complété par un article 28-12 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 28-12.-La section 3 du chapitre III du titre Ier du livre VI du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. » ;</p> <p>3° Il est ajouté un chapitre VI ainsi rédigé :</p> <p>« Chapitre VI</p> <p>« Modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants</p> <p>« Art. 28-13.-Pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants au titre de leurs revenus d'activité mentionnés au II de l'article 28-1, il est fait application des règles, modalités, garanties et sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code. »</p> <p>IV.-Les 2° et 3° du I sont applicables à compter des déclarations transmises en 2021 au titre des revenus de l'année 2020.</p> <p>Pour les travailleurs indépendants mentionnées à l'article L. 646-1 du code de la sécurité sociale, les articles L. 613-2 et L. 613-5 du même code restent applicables dans leur rédaction antérieure à la présente loi jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard au 1er janvier 2023.</p> <p>A Saint-Barthélemy, les articles L. 613-2 et L. 613-5 du même code restent applicables, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, jusqu'aux déclarations transmises en 2022 au titre des revenus de l'année 2021.</p> <p>Le 2° du III s'applique aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1er avril 2020 pour les créations d'entreprises intervenues</p>
--	---

<p>Le 3° du même III s'applique aux cotisations et contributions dues à compter du 1er janvier 2021.</p> <p>V.-Le XVII de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est ainsi modifié :</p> <p>a) L'année : « 2019 » est remplacée par l'année : « 2020 » ;</p> <p>b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « L'expérimentation peut être prolongée par décret dans la limite d'une année. » ;</p> <p>2° L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Un rapport intermédiaire est remis au plus tard le 30 septembre 2020. » ;</p> <p>3° Le dernier alinéa est complété par les mots : « ou, le cas échéant, 2020 ».</p>	<p>à compter de cette même date. Les travailleurs indépendants ayant débuté leur activité avant cette date peuvent demander jusqu'au 31 mars 2020 l'application de ces dispositions à compter du 1er avril 2020 pour les cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2020.</p> <p>Le 3° du même III s'applique aux cotisations et contributions dues à compter du 1er janvier 2021.</p> <p>V.-Le XVII de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est ainsi modifié :</p> <p>a) L'année : « 2019 » est remplacée par l'année : « 2020 » ;</p> <p>b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « L'expérimentation peut être prolongée par décret dans la limite d'une année. » ;</p> <p>2° L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Un rapport intermédiaire est remis au plus tard le 30 septembre 2020. » ;</p> <p>3° Le dernier alinéa est complété par les mots : « ou, le cas échéant, 2020 ».</p>
--	--

Article 16 – Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Aux termes de l'article 5 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie gère la cinquième branche de la sécurité sociale consacrée au financement de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Cette évolution fondamentale de l'organisation de notre système de sécurité sociale, qui conduira à mettre au débat chaque année devant la représentation nationale la politique de l'autonomie et ses équilibres, est une étape importante pour la construction d'une société plus inclusive, et l'organisation d'une offre d'accompagnement à la fois de qualité et équitable sur l'ensemble du territoire national.

C'est ainsi un ensemble de dépenses estimé à 31 Md€ en 2021 qui trouvera de la lisibilité dans le débat démocratique. Pour 2021, cet ensemble comprend un effort nouveau de 2,5 Md€ au titre notamment des revalorisations salariales décidées pour les personnels des Ehpad, d'un renforcement de l'investissement en direction du secteur médico-social et des formes innovantes d'habitat, ou encore de l'accélération des solutions pour les personnes handicapées et leurs proches aidants, dans le prolongement de la Conférence nationale du handicap du 11 février dernier.

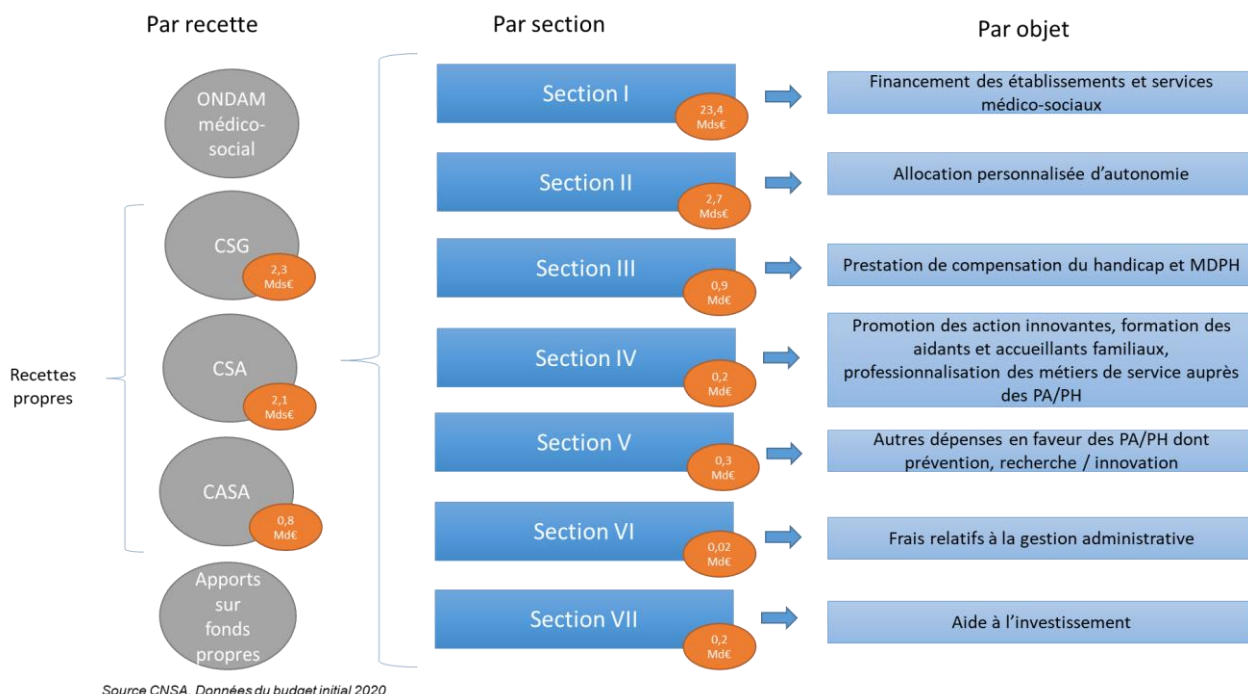
Dans ce contexte de 5^{ème} branche, la CNSA est appelée à évoluer dans ses missions et son architecture financière, conformément aux recommandations de la mission de préfiguration de la cinquième branche autonomie, conduite par M. Laurent Vachey.

a) Concernant l'architecture financière

La structure actuelle du budget de la CNSA est définie précisément au niveau législatif, à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Elle se décompose en sept sections dont certaines sont réparties en sous-sections. Pour chacune des sections et sous-sections, une fraction de recette, définie entre un seuil et un plafond, est affectée.

Les recettes affectées à la CNSA sont prévues à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles.

Affectation actuelle des recettes aux différentes sections du budget de la CNSA



Si cette présentation du budget de la CNSA offre une grande précision, elle demeure néanmoins trop complexe et rigide. En effet :

- Chaque évolution relative à la structure du budget de la CNSA, aux recettes, aux dépenses ou aux modalités d'affectation doit faire l'objet d'une modification législative. Les pouvoirs du Conseil sur le volet budgétaire sont donc réduits ;
- L'affectation des recettes aux sections fait obstacle aux possibilités de réallocations entre sections ;

- Le principe d'encadrement de l'affectation des recettes ne permet pas de sanctuariser des financements. Il repose sur des fourchettes larges ou des seuils faibles d'affectation de recettes aux sections, des arrêtés déterminant les répartitions de recettes entre sections.

A contrario, la structure du budget des caisses nationales du régime général est plus simple et lisible :

- Leurs ressources sont définies au titre IV du livre II de la partie législative du code de la sécurité sociale, sans fléchage sur des dépenses ;
- Les budgets gérés par chaque Caisse nationale sont listés au titre V du Livre II de la partie réglementaire du code de la sécurité sociale relative au régime financier du régime général.

b) Concernant la convention d'objectifs et de gestion

Conformément au II de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, la CNSA conclut une convention d'objectifs et de gestion (COG) avec l'autorité compétente de l'Etat pour une durée minimale de quatre ans. Cette COG comprend des engagements réciproques des signataires. Elle précise les objectifs fixés pour la mise en œuvre des principales missions de la CNSA et définit en regard les modalités et critères d'évaluation des résultats obtenus. En cela, la COG de la CNSA se rapproche des COG des Caisses nationales du régime général, mentionnées à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, à la différence notable des COG de celles-ci, le pilotage budgétaire de la CNSA n'est que partiellement déterminé par les objectifs pluriannuels de gestion et les moyens associés fixés dans la COG. En effet, les recettes de la CNSA et les dépenses à couvrir sont cadrées très précisément par l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction actuelle, limitant ainsi largement la portée de la COG. C'est pourquoi, le présent article assouplit le cadrage financier de la CNSA et, en miroir, intègre la CNSA dans les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux COG.

c) Concernant l'OGD

L'article L. 314-3 prévoit actuellement que l'objectif global de dépenses qui encadre les dépenses de la CNSA relatives au financement des établissements et services médico-sociaux est fonction des recettes de la CNSA, c'est-à-dire d'une part de la dotation de l'assurance maladie à son financement votée dans le cadre de l'ONDAM et d'autre part les recettes propres affectées à la CNSA.

La création de la cinquième branche conduira à remplacer l'actuelle dotation de l'assurance maladie par l'affectation de recettes propres à la CNSA. Par ailleurs, l'adaptation de la gouvernance de la CNSA proposée dans la présente mesure vise à ne plus fléchir de manière aussi directe une partie de recettes propres de la CNSA vers le financement de certaines dépenses, en particulier celle relevant de l'OGD.

Il apparaît donc nécessaire d'adapter la rédaction de l'article L. 314-3 afin de ne plus faire de lien entre les recettes de la CNSA et la détermination de l'OGD, celui-ci correspondant désormais uniquement à une dépense de la 5^{ème} branche au titre du financement des établissements et services médico-sociaux.

d) Concernant l'organisation comptable

L'instauration de la branche autonomie nécessite d'adapter le dispositif de certification des comptes de la CNSA, lesquels deviendront les comptes de la branche autonomie à compter de 2021. En effet, cette certification est actuellement assurée par un commissaire aux comptes dans le cadre du dispositif prévu à l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale. Or, la création de la branche autonomie au sein du régime général entraîne l'inclusion des comptes de cette branche dans le champ de la mission de certification dévolue à la Cour des comptes en application de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières. Les dispositions de l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale sont à adapter en conséquence.

e) Concernant la centralisation de la trésorerie de la branche autonomie

Le nouveau statut de la CNSA, qui devient caisse nationale du régime général de sécurité sociale au même titre que la CNAF, la CNAM et la CNAV, implique de revoir le cadre de la gestion de trésorerie sur le champ de l'autonomie.

Actuellement, l'ACOSS d'une part, chargée de la gestion de la trésorerie des branches maladie, famille, accidents du travail maladies professionnelles (AT-MP) et vieillesse du régime général, et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie d'autre part, gèrent leur trésorerie de façon indépendante. Toutefois, les organismes du régime général – notamment la Caisse nationale de l'assurance maladie – et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie entretiennent des relations financières, sous forme de flux de trésorerie croisés. Ainsi, l'ACOSS recouvre, centralise et reverse à la CNSA la CSA, la CASA et une partie de la CSG, pour un montant annuel de 5,2 Md€ (2020). En sens inverse, la CNSA verse à la CNAM les sommes correspondant à la prise en charge de prestations dans les établissements et services médico-sociaux par la CNSA, représentant 1,7 Md€.

La CNSA (ainsi que les départements), déposant leurs fonds sur le compte unique du Trésor, leurs relations financières sont actuellement neutres en trésorerie et donnent lieu uniquement à des écritures comptables sur ce compte. La création de la branche autonomie conduit logiquement à modifier les relations entre cette branche et la branche maladie, désormais toutes deux au sein du régime général de la sécurité sociale.

La pertinence de ce schéma de gestion de trésorerie est donc aujourd'hui remise en question par le nouveau statut de la CNSA. En effet, les flux financiers entre l'ACOSS et la CNSA constituent un facteur de complexité qui ne se justifie plus au regard du nouveau statut de cette dernière, mais aussi en raison de l'importance des flux financiers qui seront désormais en jeu. Il est indispensable pour la sécurisation de la trésorerie globale de la sécurité sociale de conserver une centralisation de l'ensemble des flux à l'ACOSS, ce qui n'est pas compatible avec l'organisation actuellement en place avec la CNSA.

Par ailleurs, la CNSA n'est pas habilitée par la loi de financement de la sécurité sociale à recourir à des ressources non permanentes, se retrouvant contrainte à se financer par le biais de ses réserves.

La mesure consiste donc à modifier le champ de la mission de gestion de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en l'élargissant à la cinquième branche du régime général. Les missions de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale étant définies par l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale, une modification de cet article s'avère pour cela nécessaire.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

Conformément aux recommandations de la mission de préfiguration de la cinquième branche de la sécurité sociale, conduite par M. Laurent Vachey, il est proposé de réviser l'architecture financière de la CNSA en s'inspirant du schéma des branches actuelles du régime général de la sécurité sociale, plus lisible et fondé sur trois grands principes :

- La non-affectation des recettes aux dépenses ;
- Le vote en loi de financement de la sécurité sociale, chaque année, des prévisions de recettes, des objectifs de dépenses et du tableau d'équilibre, par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;
- L'adoption par le Conseil du budget comprenant les seules dépenses dont les montants ne sont par ailleurs pas strictement définis par un texte normatif, comme les dépenses de gestion, d'action sociale, de prestations ou autres dépenses d'intervention.

Plus précisément, il est proposé de prévoir que la CNSA gère un nombre limité d'enveloppes, sans recettes affectées, correspondant à des grandes catégories de dépenses. Celles-ci recouvrent la totalité des dépenses actuellement dans le périmètre de la CNSA, dont l'OGD (objectif global de dépenses) et les concours versés aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH), mais également l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

L'élargissement du périmètre de la CNSA à de nouvelles prestations, périmètre qui coïncide avec celui de la cinquième branche et du tableau d'équilibre voté en PLFSS, répond à un enjeu de cohérence mais aussi de simplification pour les usagers puisqu'il existe aujourd'hui un droit d'option entre les compléments d'AEEH, attribués si le handicap entraîne des coûts de prise en charge élevés, et la PCH. L'intégration dans la branche permettra ainsi d'engager un travail entre la CNSA et les départements pour mieux articuler les prestations.

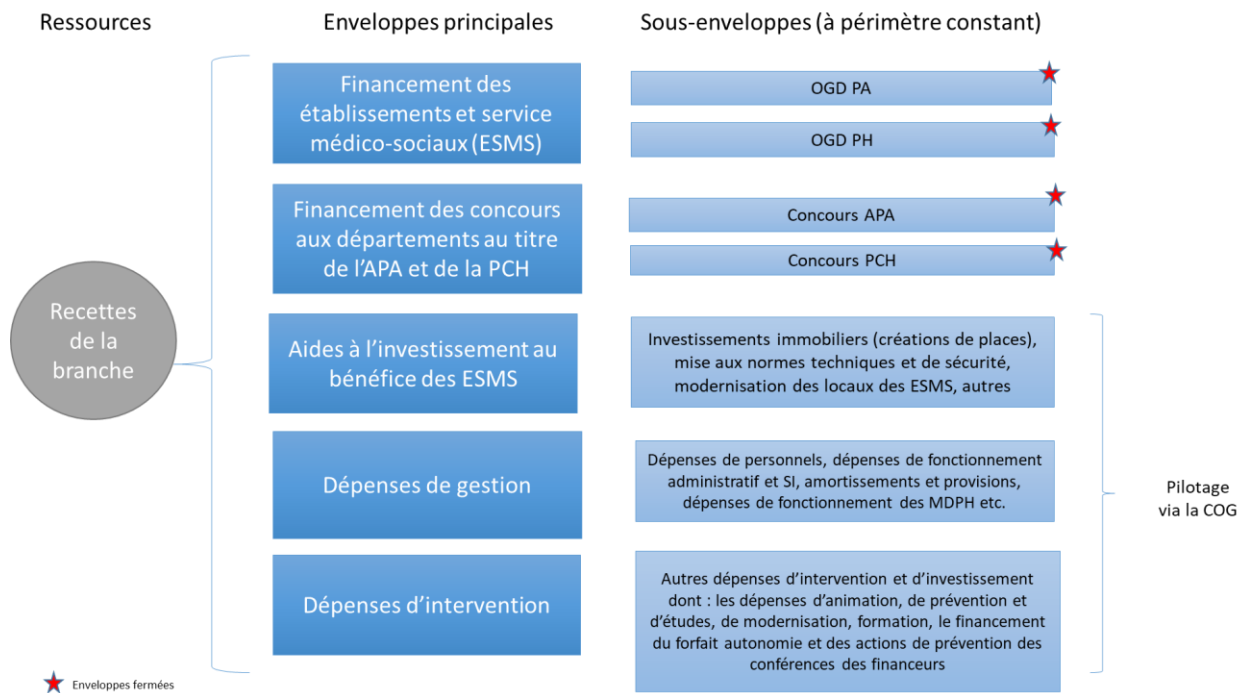
Ce périmètre initial de la cinquième branche pourra être élargi à compter de 2022 en tenant compte des conclusions du rapport de Laurent Vachey. La totalité des dépenses de la Nation en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées sera, par ailleurs, retracée dans l'annexe 10.

En termes d'architecture financière de la CNSA, le rapport de Laurent Vachey distingue de grandes catégories de dépenses :

- Le financement des établissements et services médico-sociaux correspondant à l'actuelle section 1 du budget de la CNSA ;
- Le financement des prestations et des concours aux départements au titre de l'APA et de la PCH, correspondant aux actuelles sections 2 et 3 du budget de la CNSA ;
- Les dépenses d'intervention en matière de prévention, d'actions innovantes, de formation des aidants et accueillants familiaux, de formation des intervenants, notamment, correspondant aux actuelles sections 4 et 5 du budget de la CNSA ;
- Les dépenses de gestion administrative, dont la dotation au fonctionnement des maisons départementales aux personnes handicapées (MDPH), correspondant à la section 6 et à une partie de la section 3 du budget actuel de la CNSA ;
- Les dépenses d'investissement, correspondant à l'actuelle section 7 du budget de la CNSA pourraient être rattachées au bloc relatif au financement des établissements sociaux et médico-sociaux ou à celui relatif aux dépenses d'intervention.

Le présent article du PLFSS s'appuie sur cette recommandation et reprend globalement la même structuration. Il est toutefois proposé d'isoler les dépenses d'investissement au sein d'un bloc distinct.

Architecture financière de la CNSA après l'entrée en vigueur de la mesure



Les concours versés aux départements au titre de l'APA de la PCH continueront de faire l'objet de financements dédiés et évolutifs, via une fraction des contributions affectées à la CNSA.

Les concours aux départements, y compris le concours consacré à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, pourront évoluer dans leurs modalités, aux termes des réflexions en cours sur le sujet, pour garantir une plus grande équité territoriale.

A contrario, les budgets relatifs à la gestion administrative et aux dépenses d'intervention seront pilotés de manière plus souple par le Conseil.

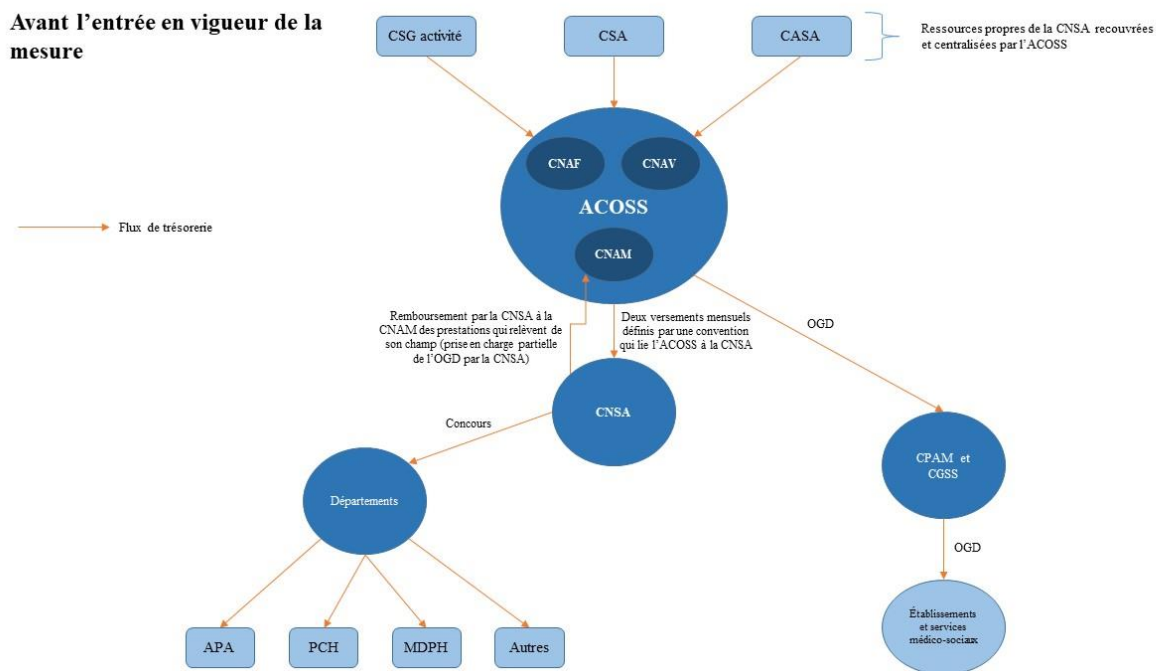
La gestion administrative fera l'objet d'un budget dédié financé au moyen de prélèvements sur les ressources de la CNSA et dont l'exécution sera pilotée selon les règles budgétaires en vigueur pour les autres caisses nationales, prévues par les conventions d'objectifs et de gestion. Il en sera de même pour les autres dépenses d'intervention en faveur du soutien à l'autonomie incluant les dépenses en faveur de l'installation et du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui seront financées via un prélèvement sur les recettes. L'exécution sera encadrée par la COG, qui précisera notamment les modalités de reports de crédits et de fongibilité des lignes de dépenses.

Concernant le dispositif de certification des comptes de la branche autonomie, la mesure exclut les comptes de la CNSA du champ d'application de l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale imposant l'intervention d'un commissaire aux comptes, ces comptes ayant vocation à être certifiés par la Cour des comptes à compter de l'exercice 2021.

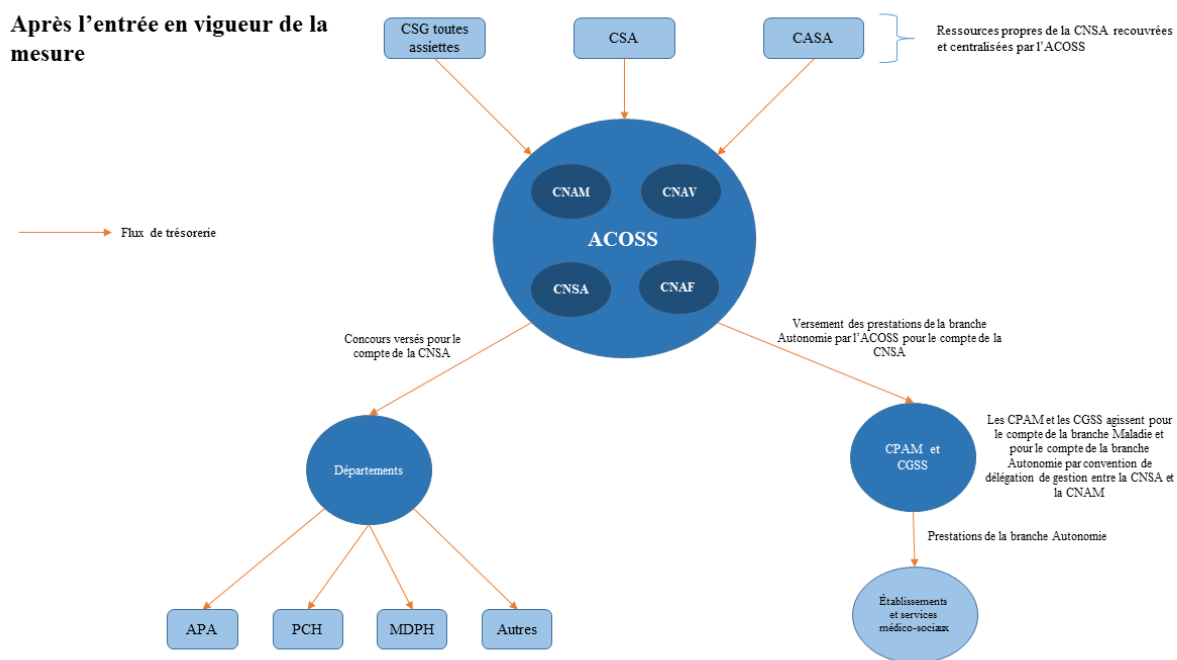
Il est enfin proposé de confier à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la mission de gestion de la trésorerie de la cinquième branche gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale gère déjà de façon centralisée la trésorerie des branches maladie, famille, accidents du travail maladies professionnelles (AT-MP) et vieillesse du régime général. L'intégration de la trésorerie de la CNSA à l'ACOSS permettrait de l'optimiser.

Les schémas suivants illustrent la simplification des flux de trésorerie qui résulte de la présente mesure :

Flux de trésorerie avant l'entrée en vigueur de la mesure



Flux de trésorerie après l'entrée en vigueur de la mesure



D'une part, l'intégration de la trésorerie de la CNSA à l'ACOSS permettra de réduire les flux financiers croisés entre les différentes branches du régime général, particulièrement entre la Caisse nationale de l'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ainsi, les flux de trésorerie correspondant au remboursement des dépenses de la CNSA à la CNAM dans les établissements et services médico-sociaux et à la dotation des régimes d'assurance maladie seraient supprimés. En sens inverse, les flux de trésorerie au titre du reversement à la CNSA des recettes centralisées par l'ACOSS (contribution sociale généralisée, contribution solidarité autonomie et contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie) seraient supprimés.

D'autre part, cette solution permettra également de sécuriser et d'optimiser le financement de la cinquième branche qui relèvera désormais du dispositif de recours aux ressources non permanentes aujourd'hui utilisé par l'Agence centrale

des organismes de sécurité sociale. En effet, alors que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est actuellement contrainte d'utiliser ses réserves, l'intégration de la trésorerie de la CNSA dans celle gérée par l'ACOSS lui permettra de bénéficier des conditions d'emprunt particulièrement favorables de l'ACOSS eu égard à la qualité de sa signature. Entre 2015 et 2019, l'ACOSS a en effet emprunté à des taux moyens négatifs compris entre -0,655 % et -0,062 %. Ces financements permettront de couvrir des besoins ponctuels de trésorerie mais également de financer de façon temporaire des déficits en cas de déséquilibre financier de la branche.

Les flux financiers relevant de la CNSA ne seront plus imputés sur le compte unique du Trésor. Cette situation entraînera donc une évolution du besoin de financement de l'Etat, dans le sens d'une hausse à court terme et une diminution corrélative du besoin de financement de la sécurité sociale. Toutefois, compte tenu de la trajectoire financière de la CNSA, cette consolidation de trésorerie ne constitue pas en soi un gain de trésorerie pérenne pour la sécurité sociale ni une perte équivalente pour l'Etat.

Comme pour les autres branches, un suivi régulier de la trésorerie de la CNSA devra être réalisé par la caisse, qui pourra procéder à des demandes de tirages auprès de l'ACOSS dans les mêmes conditions que les autres organismes. La CNSA pourra par ailleurs consulter l'état de sa trésorerie sur un portail mis à disposition par l'ACOSS. Les relations entre la CNSA et l'ACOSS seront régies par convention.

Ainsi, cette solution permet de capitaliser sur l'expertise et les moyens structurés de l'ACOSS en matière de gestion de trésorerie pour l'ensemble des caisses prestataires.

b) Autres options possibles

Le statu quo n'apparaît pas satisfaisant pour les raisons exposées supra.

Une autre option aurait consisté à diminuer le nombre de sections du budget de la CNSA tout en conservant le même principe d'affectation des recettes aux dépenses. Cinq sections auraient pu être créées, en cohérence avec les cinq blocs de dépenses identifiés : les dépenses relatives au financement des établissements et services médico-sociaux, les concours versés aux départements au titre de l'APA et de la PCH, les dépenses d'intervention, celles d'investissement et celles relatives à la gestion administrative. Cette option est écartée dans la mesure où elle conduit à faire perdurer la rigidité de la structure actuelle du budget de la CNSA, en la simplifiant de manière très marginale. Le Conseil aurait par ailleurs conservé des pouvoirs limités en matière de délibération sur le budget.

Concernant la centralisation de la trésorerie de la CNSA à l'ACOSS, aucune autre option n'est envisagée. En effet, le principe de gestion centralisée de la trésorerie du régime général est constant depuis 1945.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure permet d'incarner la nouvelle branche de la sécurité sociale couvrant la perte d'autonomie créée par la loi ordinaire et la loi organique du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie. Ainsi, sa place en loi de financement de la sécurité sociale se justifie par ses effets pérennes sur les recettes et les dépenses des régimes obligatoires de base. Ainsi la mesure relève du 2° du B du V et du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions relatives à la certification des comptes de la branche autonomie, qui concernent la comptabilité du régime général de sécurité sociale, s'inscrivent dans le cadre des dispositions du 4° du B du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

La disposition relative à la trésorerie relève quant à elle du 4° du B du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions en vigueur.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Il convient de rappeler que l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Cette mesure est compatible avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure nécessite de modifier les articles L. 14-10-1, L. 14-10-2, L. 14-10-3, L. 14-10-4, L. 14-10-5, L. 14-10-6, L. 14-10-7, L. 14-10-7-1, L. 14-10-7-3, et L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles. Elle conduit, par ailleurs, à créer les articles L. 14-10-5-1 et L. 14-10-7-1 au code de l'action sociale et des familles.

Au code de la sécurité sociale, la mesure conduit à modifier les articles L. 114-5, L. 114-8, L. 168-11, L. 200-3, L. 225-1, L. 227-1 et L. 227-3. Elle conduit par ailleurs à créer les articles L. 137-40, L. 137-41 et L. 541-5 au code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les articles L. 14-10-8, L. 14-10-9 et L. 14-10-10 sont abrogés par la mesure.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure applicable
Mayotte	Mesure applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier global pour la branche autonomie tient notamment compte de l'intégration de l'AEEH dans son périmètre et du financement des mesures issues du Ségur de la Santé.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en Md €)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Branche autonomie		0,1	-0,2	-0,1	0,0
Dépenses					
AEEH		-1,2	-1,3	-1,4	-1,5
Ségur RH		-1,7	-2,0	-2,1	-2,2
Ségur Investissement		-0,3	-0,3	-0,3	-0,4
Recettes					
CSG activité		-2,3	-2,3	-2,4	-2,4
ONDAM médico-social		-22,8	-23,3	-23,9	-24,4
CSG toutes assiettes sauf jeux		28,0	28,6	29,5	30,4
Subvention Ségur		0,4	0,4	0,4	0,4

Branche maladie		-1,7	-1,7	-2,0	-2,2
Dépenses					
ONDAM MS		22,8	23,3	23,9	24,4
Subvention Ségur		-0,4	-0,4	-0,4	-0,4
Recettes					
CSG activité		2,3	2,3	2,4	2,4
CSG toutes assiettes sauf jeux		-28,0	-28,6	-29,5	-30,4
Taxes sur les salaires		1,2	1,3	1,3	1,4
Financements UE plan de relance		0,4	0,4	0,4	0,4
Branche famille		0,0	0,0	0,1	0,1
Dépense					
Moindre dépense d'AEEH		1,2	1,3	1,4	1,5
Recettes					
Taxe sur les salaires		-1,2	-1,3	-1,3	-1,4

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

La création d'une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées doit permettre d'améliorer la couverture, en équité, des besoins des personnes, mais aussi de conforter la lisibilité des dépenses publiques et de favoriser leur régulation.

b) Impacts sociaux

La création d'une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée au soutien à l'autonomie vise à mieux tenir compte des besoins des personnes en perte d'autonomie et de leurs aidants dans le contexte actuel de vieillissement de la population. La redéfinition organisationnelle de la CNSA, consécutive à la création de la nouvelle branche, permettra d'améliorer la lisibilité, l'équité et l'efficacité des politiques d'autonomie dans le cadre d'une approche plus large qu'aujourd'hui.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

La création d'une cinquième branche dédiée au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées aura pour effet notamment d'améliorer les moyens de pilotage du risque par la CNSA, qui sera constituée en caisse nationale du régime général de la sécurité sociale. La politique de soutien à l'autonomie sera mise en œuvre dans un cadre rénové, permettant d'assurer une plus grande efficacité et une amélioration de l'équité territoriale.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure ne modifie pas les formalités accomplies par les redevables ou les assurés des branches concernées.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Cette mesure permettra à la CNSA de bénéficier de l'application des principes budgétaires des Caisses nationales du régime général.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera sans incidence notable sur la gestion des organismes concernés, elle sera gérée dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

La présente mesure ne suppose pas d'adopter des textes d'application à l'exception du I de l'article L. 14-10-8 tel qu'il résulte du 12° du I du présent article dont les dispositions demeureront applicables jusqu'au renouvellement de la convention d'objectifs et de gestion de la CNSA, et au plus tard jusqu'au 30 juin 2022.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure sera mise en œuvre au 1^{er} janvier 2021 à l'exception du I de l'article L. 14-10-8 tel qu'il résulte du 12° du I du présent article dont les dispositions demeurent applicables jusqu'au renouvellement de la convention d'objectifs et de gestion de la CNSA, et au plus tard jusqu'au 30 juin 2022.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

La présente mesure fera l'objet d'un suivi de l'autorité compétente de l'Etat qui aura la tutelle sur cette nouvelle caisse de sécurité sociale et assurera à ce titre le suivi de la convention d'objectifs et de gestion.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 14-10-1 actuel du code de l'action sociale et des familles	Nouvel article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles
<p>I.-La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a pour missions :</p> <p>1° De contribuer au financement de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, ainsi qu'au financement du soutien des proches aidants, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ;</p> <p>1° bis D'assurer la gestion comptable et financière du Fonds national d'accompagnement de l'accessibilité universelle mentionné à l'article L. 111-7-12 du code de la construction et de l'habitation ;</p> <p>2° De contribuer à la connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins, d'assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code, en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps ;</p> <p>3° D'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux qui évaluent les déficiences et la perte d'autonomie, ainsi que la situation et les besoins des proches aidants ;</p> <p>3° bis D'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation ;</p> <p>4° D'assurer un rôle d'expertise et d'appui dans l'élaboration des schémas nationaux mentionnés à l'article L. 312-5 et des programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5-1 ;</p> <p>5° D'assurer le pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, l'information et le conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, d'instaurer une évaluation de l'adaptation de ces aides aux besoins des personnes qui en ont l'usage et de garantir la qualité et l'équité des conditions de leur distribution ;</p> <p>6° D'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3, les services des départements chargés de l'allocation personnalisée d'autonomie et les conférences des financeurs mentionnées à l'article L. 233-1, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins, d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations, et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie ;</p> <p>6° bis D'assurer un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4 ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;</p> <p>7° De participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins</p>	<p>I.-La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a pour missions :</p> <p>1° De contribuer au financement de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, ainsi qu'au financement du soutien des proches aidants, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ;</p> <p>1° bis D'assurer la gestion comptable et financière du Fonds national d'accompagnement de l'accessibilité universelle mentionné à l'article L. 111-7-12 du code de la construction et de l'habitation ;</p> <p>2° De contribuer à la connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins, d'assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code, en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps ;</p> <p>3° D'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux qui évaluent les déficiences et la perte d'autonomie, ainsi que la situation et les besoins des proches aidants ;</p> <p>3° bis D'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation ;</p> <p>4° D'assurer un rôle d'expertise et d'appui dans l'élaboration des schémas nationaux mentionnés à l'article L. 312-5 et des programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5-1 ;</p> <p>5° D'assurer le pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, l'information et le conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, d'instaurer une évaluation de l'adaptation de ces aides aux besoins des personnes qui en ont l'usage et de garantir la qualité et l'équité des conditions de leur distribution ;</p> <p>6° D'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3, les services des départements chargés de l'allocation personnalisée d'autonomie et les conférences des financeurs mentionnées à l'article L. 233-1, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins, d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations, et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie ;</p> <p>6° bis D'assurer un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4 ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;</p> <p>7° De participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins</p>

<p>de compensation des personnes âgées et handicapées, et les conditions dans lesquelles il y est répondu sur les territoires ;</p> <p>8° De participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition et au lancement d'actions de recherche dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie ;</p> <p>9° D'assurer une coopération avec les institutions étrangères ayant le même objet ;</p> <p>10° De contribuer au financement de l'investissement destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux en fonctionnement ainsi qu'à la création de places nouvelles en établissements et services sociaux et médico-sociaux ;</p> <p>11° De réaliser, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent ainsi que le prévoit l'article L. 312-9 ;</p> <p>12° De mettre à la disposition des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles une information relative à leurs droits et aux services qui leur sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes ;</p> <p>13° De concevoir et de mettre en œuvre un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées, comportant l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Pour les besoins de la mise en œuvre de ce système d'information, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des maisons départementales des personnes handicapées et, en lien avec le groupement précité, labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes ;</p> <p>14° De définir des normes permettant d'assurer les échanges d'informations liées à la mise en œuvre de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 du présent code, en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique.</p> <p>II.-L'autorité compétente de l'Etat conclut avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires. Elle précise notamment, pour la durée de son exécution :</p> <p>1° Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent le domaine de compétence de la caisse ;</p> <p>2° Les objectifs prioritaires en matière de compensation des handicaps et de la perte d'autonomie, notamment en termes de création de places et d'équipements nouveaux ;</p> <p>3° Les objectifs fixés aux autorités compétentes de l'Etat au niveau local pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 314-3 ;</p> <p>4° Les modalités et critères d'évaluation des résultats obtenus au regard des objectifs fixés ;</p> <p>5° Les règles de calcul et l'évolution des charges de gestion de la caisse.</p> <p>La convention d'objectifs et de gestion est conclue pour une période minimale de quatre ans. Elle est signée, pour</p>	<p>de compensation des personnes âgées et handicapées, et les conditions dans lesquelles il y est répondu sur les territoires ;</p> <p>8° De participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition et au lancement d'actions de recherche dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie ;</p> <p>9° D'assurer une coopération avec les institutions étrangères ayant le même objet ;</p> <p>10° De contribuer au financement de l'investissement destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux en fonctionnement ainsi qu'à la création de places nouvelles en établissements et services sociaux et médico-sociaux ;</p> <p>11° De réaliser, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent ainsi que le prévoit l'article L. 312-9 ;</p> <p>12° De mettre à la disposition des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles une information relative à leurs droits et aux services qui leur sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes ;</p> <p>13° De concevoir et de mettre en œuvre un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées, comportant l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Pour les besoins de la mise en œuvre de ce système d'information, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des maisons départementales des personnes handicapées et, en lien avec le groupement précité, labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes ;</p> <p>14° De définir des normes permettant d'assurer les échanges d'informations liées à la mise en œuvre de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 du présent code, en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique.</p> <p>II.-L'autorité compétente de l'Etat conclut avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires. Elle précise notamment, pour la durée de son exécution :</p> <p>1° Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent le domaine de compétence de la caisse ;</p> <p>2° Les objectifs prioritaires en matière de compensation des handicaps et de la perte d'autonomie, notamment en termes de création de places et d'équipements nouveaux ;</p> <p>3° Les objectifs fixés aux autorités compétentes de l'Etat au niveau local pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 314-3 ;</p> <p>4° Les modalités et critères d'évaluation des résultats obtenus au regard des objectifs fixés ;</p> <p>5° Les règles de calcul et l'évolution des charges de gestion de la caisse.</p> <p>La convention d'objectifs et de gestion est conclue pour une période minimale de quatre ans. Elle est signée, pour</p>
---	--

<p>le compte de la caisse, par le président du conseil et par le directeur.</p> <p>III.-Un décret fixe la nature et le contenu des conventions qui organisent les relations entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les organismes nationaux d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et notamment les échanges réguliers d'informations portant sur l'action de la caisse.</p>	<p>le compte de la caisse, par le président du conseil et par le directeur.</p> <p>III.-Un décret fixe la nature et le contenu des conventions qui organisent les relations entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les organismes nationaux d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et notamment les échanges réguliers d'informations portant sur l'action de la caisse.</p> <p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie gère la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et, à cet effet, a pour rôle :</p> <p>1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes de celle-ci et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche. Elle est chargée de la gestion du risque ;</p> <p>2° De piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité et l'efficience de l'accompagnement des personnes concernées. A ce titre, elle assure la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations, et conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique Elle met à disposition une expertise technique et veille au développement de la formation auprès des professionnels de l'aide à l'autonomie ;</p> <p>3° De contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement de la prévention de la perte d'autonomie, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants, et de contribuer au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie. Pour l'exercice de ces missions, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale, dans des conditions faisant l'objet de conventions entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et ces organismes.</p> <p>4° De contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants, notamment en créant des services numériques permettant de faciliter leurs démarches administratives et le suivi personnalisé de leurs parcours ;</p> <p>5° De contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;</p> <p>6° De contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque.</p>
<p>Article L. 14-10-2 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p>Article L. 14-10-2 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.</p>	<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.</p>

<p>Elle peut employer des salariés de droit privé notamment régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.</p> <p>L'article 8 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires s'applique à l'ensemble du personnel de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. En cas de négociation commune à l'ensemble du personnel, l'article 8 bis de la même loi s'applique.</p> <p>Les articles 15 et 15 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat s'appliquent à l'ensemble du personnel de l'établissement.</p> <p>La quatrième partie du code du travail est applicable à l'ensemble du personnel, sous réserve, d'une part, des articles 15 et 15 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée et, d'autre part, des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat tenant compte de l'organisation de l'établissement et des dispositions particulières relatives aux fonctionnaires et agents contractuels.</p> <p>Les salariés de droit privé exerçant un mandat syndical ou de représentation du personnel bénéficient d'une protection selon les modalités prévues au livre IV de la deuxième partie du code du travail. L'avis mentionné à l'article L. 2421-3 du même code est donné par le comité social d'administration.</p> <p>Le contrôle du Parlement sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est exercé par les parlementaires mentionnés à l'article L.O. 111-9 du code de la sécurité sociale, dans les conditions et sous les réserves prévues au même article.</p>	<p>Elle peut employer des salariés de droit privé notamment régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.</p> <p>L'article 8 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires s'applique à l'ensemble du personnel de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. En cas de négociation commune à l'ensemble du personnel, l'article 8 bis de la même loi s'applique.</p> <p>Les articles 15 et 15 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat s'appliquent à l'ensemble du personnel de l'établissement.</p> <p>La quatrième partie du code du travail est applicable à l'ensemble du personnel, sous réserve, d'une part, des articles 15 et 15 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée et, d'autre part, des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat tenant compte de l'organisation de l'établissement et des dispositions particulières relatives aux fonctionnaires et agents contractuels.</p> <p>Les salariés de droit privé exerçant un mandat syndical ou de représentation du personnel bénéficient d'une protection selon les modalités prévues au livre IV de la deuxième partie du code du travail. L'avis mentionné à l'article L. 2421-3 du même code est donné par le comité social d'administration.</p> <p>Le contrôle du Parlement sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est exercé par les parlementaires mentionnés à l'article L.O. 111-9 du code de la sécurité sociale, dans les conditions et sous les réserves prévues au même article.</p>
<p align="center">Article L. 14-10-3 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p align="center">Article L. 14-10-3 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>I.-La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est dotée d'un conseil et d'un directeur. Un conseil scientifique assiste le conseil et le directeur dans la définition des orientations et la conduite des actions de la caisse.</p> <p>II.-Le conseil est composé :</p> <p>1° De représentants des associations œuvrant au niveau national en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées ;</p> <p>2° De représentants des conseils départementaux ;</p> <p>3° De représentants des organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et de représentants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;</p> <p>4° De représentants de l'Etat ;</p> <p>5° D'un député et d'un sénateur ;</p> <p>5° bis De représentants des régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse ;</p> <p>6° De personnalités et de représentants d'institutions choisis à raison de leur qualification dans les domaines de compétence de la caisse.</p> <p>Le président du conseil est désigné par le conseil parmi les personnalités qualifiées mentionnées à l'alinéa précédent. Il est nommé par arrêté du ministre chargé de la protection sociale.</p> <p>Le conseil élit trois vice-présidents choisis respectivement parmi les représentants des conseils départementaux mentionnés au 2°, les représentants des associations de personnes âgées mentionnés au 1° et les représentants</p>	<p>I.-La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est dotée d'un conseil et d'un directeur. Un conseil scientifique assiste le conseil et le directeur dans la définition des orientations et la conduite des actions de la caisse.</p> <p>II.-Le conseil est composé :</p> <p>1° De représentants des associations œuvrant au niveau national en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées ;</p> <p>2° De représentants des conseils départementaux ;</p> <p>3° De représentants des organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et de représentants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;</p> <p>4° De représentants de l'Etat ;</p> <p>5° D'un député et d'un sénateur ;</p> <p>5° bis De représentants des régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse ;</p> <p>6° De personnalités et de représentants d'institutions choisis à raison de leur qualification dans les domaines de compétence de la caisse.</p> <p>Le président du conseil est désigné par le conseil parmi les personnalités qualifiées mentionnées à l'alinéa précédent. Il est nommé par arrêté du ministre chargé de la protection sociale.</p> <p>Le conseil élit trois vice-présidents choisis respectivement parmi les représentants des conseils départementaux mentionnés au 2°, les représentants des associations de personnes âgées mentionnés au 1° et les représentants</p>

<p>des associations de personnes handicapées également mentionnés au même 1°.</p> <p>Le directeur assiste aux séances du conseil avec voix consultative.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat précise la composition du conseil, le mode de désignation de ses membres et ses modalités de fonctionnement.</p> <p>III.-Le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie détermine, par ses délibérations :</p> <p>1° La mise en œuvre des orientations de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée au II de l'article L. 14-10-1 et des orientations des conventions mentionnées au III du même article ;</p> <p>2° Les objectifs à poursuivre, notamment dans le cadre des conventions avec les départements mentionnées à l'article L. 14-10-7, pour garantir l'égalité des pratiques d'évaluation individuelle des besoins et améliorer la qualité des services rendus aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes ;</p> <p>3° Les principes selon lesquels doit être réparti le montant total annuel de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 ;</p> <p>4° Les orientations des rapports de la caisse avec les autres institutions et organismes, nationaux ou étrangers, qui œuvrent dans son champ de compétence.</p> <p>Le conseil est périodiquement tenu informé par le directeur de la mise en œuvre des orientations qu'il a définies et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement.</p> <p>Le conseil délibère également, sur proposition du directeur :</p> <p>1° Sur les comptes prévisionnels de la caisse, présentés conformément aux dispositions de l'article L. 14-10-5 ;</p> <p>2° Sur le rapport mentionné au VI du présent article.</p> <p>IV.-Le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est nommé par décret.</p> <p>Il est responsable du bon fonctionnement de la caisse, prépare les délibérations du conseil et met en œuvre leur exécution. A ces titres, il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.</p> <p>Il rend compte au conseil de la gestion de la caisse.</p> <p>Le directeur informe le conseil de la caisse des évolutions susceptibles d'entraîner le non-respect des objectifs déterminés par celui-ci.</p> <p>Dans le cadre d'une procédure contradictoire écrite, et pour assurer le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables au versement des dotations aux départements, le directeur peut demander aux départements les explications et les justificatifs nécessaires à l'analyse des données transmises à la caisse en application des articles L. 232-21 et L. 247-5.</p> <p>Le directeur représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés, conventions et transactions au sens de l'article 2044 du code civil, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui. Il peut déléguer sa signature.</p> <p>V.-Le conseil scientifique peut être saisi par le conseil ou par le directeur de toute question d'ordre technique ou scientifique qui entre dans le champ de compétence de la caisse, notamment dans le cadre des missions mentionnées aux 3°, 4° et 5° du I de l'article L. 14-10-1.</p>	<p>des associations de personnes handicapées également mentionnés au même 1°.</p> <p>Le directeur assiste aux séances du conseil avec voix consultative.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat précise la composition du conseil, le mode de désignation de ses membres et ses modalités de fonctionnement.</p> <p>III.- Le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie détermine, par ses délibérations :</p> <p>1° La mise en œuvre des Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue au II de l'article L. 14-10-1 à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Les objectifs à poursuivre, notamment dans le cadre des conventions avec les départements mentionnées à l'article L. 14-10-7, pour garantir l'égalité des pratiques d'évaluation individuelle des besoins et améliorer la qualité des services rendus aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes ;</p> <p>3° Les principes selon lesquels doit être réparti le montant total annuel de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 ;</p> <p>4° Les orientations des rapports de la caisse avec les autres institutions et organismes, nationaux ou étrangers, qui œuvrent dans son champ de compétence.</p> <p>Le conseil est périodiquement tenu informé par le directeur de la mise en œuvre des orientations qu'il a définies et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement.</p> <p>Le conseil peut être saisi par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes handicapées, des personnes âgées et de la santé de toute question relative à la politique de soutien à l'autonomie.</p> <p>Le conseil délibère également, sur proposition du directeur :</p> <p>1° Sur les comptes prévisionnels de la caisse, présentés conformément aux dispositions de l'article L. 14-10-5</p> <p>2° Sur le rapport mentionné au VI du présent article.</p> <p>Le conseil délibère également, sur proposition du directeur, sur les budgets nationaux de gestion et d'intervention.</p> <p>IV.-Le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est nommé par décret.</p> <p>Il est responsable du bon fonctionnement de la caisse, prépare les délibérations du conseil et met en œuvre leur exécution. A ces titres, il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.</p> <p>Il rend compte au conseil de la gestion de la caisse.</p> <p>Le directeur informe le conseil de la caisse des évolutions susceptibles d'entraîner le non-respect des objectifs déterminés par celui-ci.</p> <p>Dans le cadre d'une procédure contradictoire écrite, et pour assurer le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables au versement des dotations aux départements, le directeur peut demander aux départements les explications et les justificatifs nécessaires à l'analyse des données transmises à la caisse en application des articles L. 232-21 et L. 247-5.</p> <p>Le directeur représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés, conventions et transactions au sens de l'article 2044 du code civil, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse</p>
---	--

<p>La composition de ce conseil ainsi que les conditions de la désignation de ses membres et les modalités de son fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>VI.-La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie transmet, chaque année, au Parlement et au Gouvernement, au plus tard le 15 octobre, un rapport présentant les comptes et le montant des fonds propres prévisionnels de la caisse, accompagnés d'un tableau récapitulatif des flux de disponibilités entrants et sortants, pour l'année en cours et l'année suivante ainsi que l'utilisation des ressources affectées à chacune des sections mentionnées à l'article L. 14-10-5. Ce rapport détaille notamment la répartition des concours versés aux départements en application du même article. Il dresse un diagnostic d'ensemble des conditions de la prise en charge de la perte d'autonomie sur le territoire national et comporte, le cas échéant, toute recommandation que la caisse estime nécessaire. Ce rapport comporte des indicateurs présentés par sexe.</p>	<p>et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui. Il peut déléguer sa signature.</p> <p>V.-Le conseil scientifique peut être saisi par le conseil ou par le directeur de toute question d'ordre technique ou scientifique qui entre dans le champ de compétence de la caisse, notamment dans le cadre des missions mentionnées aux 3°, 4° et 5° du I de l'article L. 14-10-1.</p> <p>La composition de ce conseil ainsi que les conditions de la désignation de ses membres et les modalités de son fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p><i>VI.-La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie transmet, chaque année, au Parlement et au Gouvernement, au plus tard le 15 octobre, un rapport présentant les comptes et le montant des fonds propres prévisionnels de la caisse, accompagnés d'un tableau récapitulatif des flux de disponibilités entrants et sortants, pour l'année en cours et l'année suivante ainsi que l'utilisation des ressources affectées à chacune des sections mentionnées à l'article L. 14-10-5. Ce rapport détaille notamment la répartition des concours versés aux départements en application du même article. Il dresse un diagnostic d'ensemble des conditions de la prise en charge de la perte d'autonomie sur le territoire national et comporte, le cas échéant, toute recommandation que la caisse estime nécessaire. Ce rapport comporte des indicateurs présentés par sexe.</i></p>
<p align="center">Article L. 14-10-4 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p align="center">Article L. 14-10-4 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :</p> <p>1° Une contribution au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations ;</p> <p>1° bis Une contribution au taux de 0,3 % due sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée au 2° et sont perçues par les personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière et de l'antépénultième année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts, est supérieur ou égal au seuil mentionné au 2° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus à l'article L. 136-5 du même code ;</p> <p>Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° bis les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de</p>	<p>1° Les produits affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont constitués par :</p> <p>1° Une contribution au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie. Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations ;</p> <p>1° bis Une contribution au taux de 0,3 % due sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujetties à la contribution mentionnée au 2° et sont perçues par les personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière et de l'antépénultième année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts, est supérieur ou égal au seuil mentionné au 2° du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus à l'article L. 136-5 du même code ;</p> <p>Sont exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent 1° bis les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ;</p> <p>Sont également exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa les prestations de retraite versées sous forme de rente ou de capital, issues d'un plan d'épargne retraite mentionné à l'article L. 224-1 du code monétaire</p>

<p>l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9 du même code ;</p> <p>Sont également exonérées de la contribution mentionnée au premier alinéa les prestations de retraite versées sous forme de rente ou de capital, issues d'un plan d'épargne retraite mentionné à l'article L. 224-1 du code monétaire et financier, lorsque ces prestations correspondent à des versements mentionnés au 1° de l'article L. 224-2 du même code n'ayant pas fait l'objet de l'option prévue au deuxième alinéa de l'article L. 224-20 du code précité ;</p> <p>2° (Abrogé) ;</p> <p>3° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, et répartie entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, de la sécurité sociale et du budget pris après avis du conseil mentionné à l'article L. 14-10-3 ;</p> <p>4° (Abrogé) ;</p> <p>5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5.</p>	<p>et financier, lorsque ces prestations correspondent à des versements mentionnés au 1° de l'article L. 224-2 du même code n'ayant pas fait l'objet de l'option prévue au deuxième alinéa de l'article L. 224-20 du code précité ;</p> <p>2° (Abrogé) ;</p> <p>3° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, et répartie entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, de la sécurité sociale et du budget pris après avis du conseil mentionné à l'article L. 14-10-3 ;</p> <p>4° (Abrogé) ;</p> <p>5° La contribution des régimes d'assurance maladie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 314-3. Cette contribution est répartie entre les régimes au prorata des charges qui leur sont imputables au titre du I de l'article L. 14-10-5.</p> <p>Les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie comprennent :</p> <p>1° Les contributions prévues aux articles L. 137-40 et L. 137-41 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>3° Des produits divers, dons et legs ;</p> <p>4° Des dotations des autres branches mentionnées à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale destinées à couvrir les dépenses relevant des missions définies à l'article L. 14-10-1.</p>
<p>Article L. 14-10-5 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p>Nouvel Article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sections distinctes selon les modalités suivantes :</p> <p>I.-Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ainsi qu'au financement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées, qui est divisée en deux sous-sections.</p> <p>1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Elle retrace :</p> <p>a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4, 6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4, une fraction d'au moins 1,8 % du produit mentionné au 3° dudit article L. 14-10-4 ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p>	<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sections distinctes selon les modalités suivantes :</p> <p>I.-Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ainsi qu'au financement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées, qui est divisée en deux sous-sections.</p> <p>1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Elle retrace :</p> <p>a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4, 6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4, une fraction d'au moins 1,8 % du produit mentionné au 3° dudit article L. 14-10-4 ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p>

<p>a bis) Abrogé ;</p> <p>b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3.</p> <p>Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.</p> <p>2. La deuxième sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes âgées, ainsi qu'à la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3. Elle retrace :</p> <p>a) En ressources, 40 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4, 6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4, une fraction d'au moins 7,1 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p> <p>a bis) Abrogé ;</p> <p>b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3.</p> <p>Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.</p> <p>Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.</p> <p>La dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont imputées sur les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 14-10-4.</p> <p>II.-Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :</p> <p>1° En ressources :</p> <p>a) 20 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 et une fraction d'au moins 64,3 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ;</p> <p>b) 61,4 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4 ;</p> <p>c) Une contribution annuelle versée par la Caisse nationale d'assurance maladie, correspondant aux remboursements par des Etats membres de l'Union européenne, d'autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse, des sommes attribuées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie par les départements aux titulaires de prestations de sécurité sociale les faisant relever de la compétence de ces Etats en matière d'assurance maladie ;</p> <p>2° En charges :</p>	<p>a bis) Abrogé ;</p> <p>b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3.</p> <p>Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.</p> <p>2. La deuxième sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes âgées, ainsi qu'à la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3. Elle retrace :</p> <p>a) En ressources, 40 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4, 6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4, une fraction d'au moins 7,1 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p> <p>a bis) Abrogé ;</p> <p>b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3.</p> <p>Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.</p> <p>Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.</p> <p>La dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont imputées sur les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 14-10-4.</p> <p>II.-Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :</p> <p>1° En ressources :</p> <p>a) 20 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 et une fraction d'au moins 64,3 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ;</p> <p>b) 61,4 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4 ;</p> <p>c) Une contribution annuelle versée par la Caisse nationale d'assurance maladie, correspondant aux remboursements par des Etats membres de l'Union européenne, d'autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse, des sommes attribuées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie par les départements aux titulaires de prestations de sécurité sociale les faisant relever de la compétence de ces Etats en matière d'assurance maladie ;</p> <p>2° En charges :</p>
--	--

<p>a) Un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au 1° du présent II, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6 ;</p> <p>b) La contribution mentionnée au c du 1° du présent II reversée aux départements mentionnés au même c, dans des conditions et selon des modalités, notamment en ce qui concerne l'échange et le traitement de certaines données à caractère personnel, fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>III.-Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :</p> <p>a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 et une fraction d'au moins 4,6 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ;</p> <p>b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7.</p> <p>Elle retrace également en charges la subvention mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 146-4-2, dont le montant est fixé et réparti par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et des affaires sociales. Avant imputation aux sections mentionnées aux IV, V et VI, l'ensemble des contributions mentionnées aux 1°, 1° bis et 3° de l'article L. 14-10-4 du présent code destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser au moins 20 % du produit de ces contributions.</p> <p>IV.-Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace :</p> <p>1° En ressources :</p> <p>a) Une fraction d'au moins 1,27 % du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4 ;</p> <p>b) Une part des fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du même article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 12 % de ces fractions ;</p> <p>c) Une part de la fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis dudit article L. 14-10-4 affectée au a du V du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 4 % de cette fraction ;</p> <p>2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de professionnalisation de leurs personnels et des intervenants directement employés pour ce faire par les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées, de dépenses d'accompagnement de projets de création et de</p>	<p>a) Un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au 1° du présent II, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6 ;</p> <p>b) La contribution mentionnée au c du 1° du présent II reversée aux départements mentionnés au même c, dans des conditions et selon des modalités, notamment en ce qui concerne l'échange et le traitement de certaines données à caractère personnel, fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>III.-Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :</p> <p>a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 et une fraction d'au moins 4,6 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ;</p> <p>b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7.</p> <p>Elle retrace également en charges la subvention mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 146-4-2, dont le montant est fixé et réparti par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et des affaires sociales. Avant imputation aux sections mentionnées aux IV, V et VI, l'ensemble des contributions mentionnées aux 1°, 1° bis et 3° de l'article L. 14-10-4 du présent code destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser au moins 20 % du produit de ces contributions.</p> <p>IV.-Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace :</p> <p>1° En ressources :</p> <p>a) Une fraction d'au moins 1,27 % du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4 ;</p> <p>b) Une part des fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du même article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 12 % de ces fractions ;</p> <p>c) Une part de la fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis dudit article L. 14-10-4 affectée au a du V du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 4 % de cette fraction ;</p> <p>2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de professionnalisation de leurs personnels et des intervenants directement employés pour ce faire par les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées, de dépenses d'accompagnement de projets de création et de</p>
--	--

consolidation de services polyvalents d'aide et de soins à domicile, de dépenses d'accompagnement des proches aidants, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1, de dépenses de formation et de soutien des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut déléguer une partie des crédits de la section aux agences régionales de santé. Les agences régionales de santé rendent compte annuellement de la conformité de l'utilisation de ces crédits, qui leur sont versés en application du 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, aux objectifs assignés à la présente section.

V.-Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, dont celles prévues aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 233-1 du présent code, ainsi qu'au titre des dépenses relatives au forfait pour l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées mentionné à l'article L. 281-2, et les frais d'études et d'expertise dans les domaines d'action de la caisse :

a) Pour les personnes âgées, ces charges, qui comprennent notamment des concours versés aux départements pour les actions de prévention prévues, respectivement, aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 233-1, pour des montants fixés annuellement par arrêté des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction au moins égale à 23,9 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4, ainsi que par une fraction des ressources prévues au a du 2 du I du présent article, fixées par le même arrêté ;

a bis) Abrogé ;

b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction des ressources prévues au a du III du présent article et une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4, fixées par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget ;

b bis) Abrogé.

c) Pour le financement de charges ne relevant pas des a et b du présent V, notamment relatives au forfait pour l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et pour les personnes âgées mentionné à l'article L. 281-2, celles-ci sont retracées dans une sous-section spécifique, qui peut être abondée par une part de la fraction du produit de la contribution affectée au b du 1° du II du présent article ainsi que par une part de la fraction du produit mentionnée au 3° de l'article L. 14-10-4. Ces parts sont fixées par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, de la sécurité sociale et du budget.

V bis. Abrogé.

VI.-Une section consacrée aux frais de gestion de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.

Par dérogation au I de l'article L. 14-10-8, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres

~~consolidation de services polyvalents d'aide et de soins à domicile, de dépenses d'accompagnement des proches aidants, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1, de dépenses de formation et de soutien des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1.~~

~~La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut déléguer une partie des crédits de la section aux agences régionales de santé. Les agences régionales de santé rendent compte annuellement de la conformité de l'utilisation de ces crédits, qui leur sont versés en application du 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, aux objectifs assignés à la présente section.~~

~~V.-Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, dont celles prévues aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 233-1 du présent code, ainsi qu'au titre des dépenses relatives au forfait pour l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées mentionné à l'article L. 281-2, et les frais d'études et d'expertise dans les domaines d'action de la caisse :~~

~~a) Pour les personnes âgées, ces charges, qui comprennent notamment des concours versés aux départements pour les actions de prévention prévues, respectivement, aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 233-1, pour des montants fixés annuellement par arrêté des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction au moins égale à 23,9 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4, ainsi que par une fraction des ressources prévues au a du 2 du I du présent article, fixées par le même arrêté ;~~

~~a bis) Abrogé ;~~

~~b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction des ressources prévues au a du III du présent article et une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4, fixées par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget ;~~

~~b bis) Abrogé.~~

~~c) Pour le financement de charges ne relevant pas des a et b du présent V, notamment relatives au forfait pour l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et pour les personnes âgées mentionné à l'article L. 281-2, celles-ci sont retracées dans une sous-section spécifique, qui peut être abondée par une part de la fraction du produit de la contribution affectée au b du 1° du II du présent article ainsi que par une part de la fraction du produit mentionnée au 3° de l'article L. 14-10-4. Ces parts sont fixées par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, de la sécurité sociale et du budget.~~

~~V bis. Abrogé.~~

~~VI.-Une section consacrée aux frais de gestion de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.~~

~~Par dérogation au I de l'article L. 14-10-8, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres~~

<p>sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.</p> <p>VII.-Une section consacrée à l'aide à l'investissement. Elle retrace :</p> <p>a) En ressources, pour les exercices 2016,2017 et 2018, un montant de 100 millions d'euros annuels ;</p> <p>b) En charges, le financement des opérations mentionnées au a de l'article L. 14-10-9.</p> <p>VIII.-Les sections mentionnées aux IV et V peuvent contribuer au financement du fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique pour le soutien à des actions, des expérimentations, des dispositifs ou des structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et handicapées.</p>	<p>sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.</p> <p>VII.-Une section consacrée à l'aide à l'investissement. Elle retrace :</p> <p>a) En ressources, pour les exercices 2016,2017 et 2018, un montant de 100 millions d'euros annuels ;</p> <p>b) En charges, le financement des opérations mentionnées au a de l'article L. 14-10-9.</p> <p>VIII.-Les sections mentionnées aux IV et V peuvent contribuer au financement du fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique pour le soutien à des actions, des expérimentations, des dispositifs ou des structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et handicapées.</p> <p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie assure :</p> <p>1° Le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L 314-3-1 ;</p> <p>2° Le financement des aides à l'investissement au bénéfice de ces établissements et services, ainsi que de l'habitat inclusif mentionné à l'article L. 281-1 ;</p> <p>3° Le financement des concours versés aux départements destinés à couvrir une partie :</p> <p>a) Du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 ;</p> <p>b) Du coût de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 ;</p> <p>c) Des coûts d'installation ou de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées ;</p> <p>d) Du coût des actions de prévention prévues aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 233-1 ;</p> <p>4° Le financement des autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants entrant dans le champ des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie définies à l'article L. 14-10-1. A cette fin, elle peut contribuer au financement du fonds prévu à l'article L.1435-8 du code de la santé publique pour le soutien à des actions, des expérimentations, des dispositifs ou des structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et handicapées ;</p> <p>5° Le financement de la gestion administrative.</p>
	<p>Article L. 14-10-5-1 nouveau du code de l'action sociale et des familles</p>
	<p>I.- Le montant global du concours mentionné au a du 3° de l'article L. 14-10-5 est limité à hauteur de 7,40 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° du I de l'article L.14-10-4.</p> <p>Le montant de la seconde part mentionnée au 2° de l'article L. 14-10-6 est limité à 61,4 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-41 du code de la sécurité sociale.</p> <p>II.- Le montant du concours mentionné au b du 3° de l'article L. 14-10-5 est limité à hauteur de 1,91 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° du I de l'article L. 14-10-4.</p>

Article L. 14-10-6 actuel du code de l'action sociale et des familles	Article L. 14-10-6 modifié du code de l'action sociale et des familles
<p>I. Le concours mentionné au II de l'article L. 14-10-5 est divisé en deux parts :</p> <p>1° Le montant de la première part est réparti annuellement entre les départements selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat dans la limite des ressources mentionnées au a du 1° du même II, après prélèvement des sommes nécessaires à une quote-part destinée aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, calculée et répartie selon des modalités prévues au II du présent article, en fonction des critères suivants :</p> <p>a) Le nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans ;</p> <p>b) Le montant des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie ;</p> <p>c) Le potentiel fiscal, déterminé selon les modalités définies à l'article L. 3334-6 du code général des collectivités territoriales ;</p> <p>d) Le nombre de foyers bénéficiaires du revenu de solidarité active, à l'exception de ceux ouvrant droit à la majoration prévue à l'article L. 262-9.</p> <p>En aucun cas, le rapport entre, d'une part, les dépenses réalisées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie de chaque département après déduction des montants répartis en application du présent 1° et du 2° et, d'autre part, leur potentiel fiscal ne peut être supérieur à un taux fixé par voie réglementaire. Les dépenses correspondant à la fraction de ce rapport qui dépasse ce seuil sont prises en charge en totalité par la caisse.</p> <p>L'attribution de la première part est majorée pour les départements dont le rapport défini au sixième alinéa du présent 1° est supérieur au taux fixé. Pour les autres départements, elle est diminuée de la somme des montants ainsi calculés, au prorata de la répartition effectuée en application du même sixième alinéa entre ces seuls départements.</p> <p>Les opérations décrites aux deux alinéas précédents sont renouvelées jusqu'à ce que les dépenses laissées à la charge de chaque département n'excèdent pas le seuil défini au sixième alinéa du présent 1°.</p> <p>La première part du concours de la caisse aux départements fait l'objet d'acomptes correspondant au minimum à 90 % des produits disponibles mentionnés au a du 1° du II de l'article L. 14-10-5, après prise en compte des charges mentionnées au VI du même article.</p> <p>2° Le montant de la seconde part est réparti annuellement entre les départements en fonction de l'estimation de leurs charges nouvelles résultant des articles L. 232-3-1, L. 232-3-2, L. 232-3-3 et L. 232-4, dans leur rédaction résultant de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, et dans les limites des ressources mentionnées au b du 1° du II de l'article L. 14-10-5. Cette répartition est opérée selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II.-La quote-part mentionnée au 1° du I du présent article est calculée en appliquant au montant total de la première part du concours mentionnée au même 1° le double du</p>	<p>I.-Le concours mentionné au a du 3° de l'article L.14-10-5 mentionné au II de l'article L. 14-10-5 est divisé en deux parts :</p> <p>1° Le montant de la première part est réparti annuellement entre les départements selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat dans la limite des ressources mentionnées au a du 1° du même II, après prélèvement des sommes nécessaires à une quote-part destinée aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, calculée et répartie selon des modalités prévues au II du présent article, en fonction des critères suivants :</p> <p>a) Le nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans ;</p> <p>b) Le montant des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie ;</p> <p>c) Le potentiel fiscal, déterminé selon les modalités définies à l'article L. 3334-6 du code général des collectivités territoriales ;</p> <p>d) Le nombre de foyers bénéficiaires du revenu de solidarité active, à l'exception de ceux ouvrant droit à la majoration prévue à l'article L. 262-9.</p> <p>En aucun cas, le rapport entre, d'une part, les dépenses réalisées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie de chaque département après déduction des montants répartis en application du présent 1° et du 2° et, d'autre part, leur potentiel fiscal ne peut être supérieur à un taux fixé par voie réglementaire. Les dépenses correspondant à la fraction de ce rapport qui dépasse ce seuil sont prises en charge en totalité par la caisse.</p> <p>L'attribution de la première part est majorée pour les départements dont le rapport défini au sixième alinéa du présent 1° est supérieur au taux fixé. Pour les autres départements, elle est diminuée de la somme des montants ainsi calculés, au prorata de la répartition effectuée en application du même sixième alinéa entre ces seuls départements.</p> <p>Les opérations décrites aux deux alinéas précédents sont renouvelées jusqu'à ce que les dépenses laissées à la charge de chaque département n'excèdent pas le seuil défini au sixième alinéa du présent 1°.</p> <p>La première part du concours de la caisse aux départements fait l'objet d'acomptes correspondant au minimum à 90 % des produits disponibles mentionnés au a du 1° du II de l'article L. 14-10-5, après prise en compte des charges mentionnées au VI du même article.</p> <p>2° Le montant de la seconde part est réparti annuellement entre les départements en fonction de l'estimation de leurs charges nouvelles résultant des articles L. 232-3-1, L. 232-3-2, L. 232-3-3 et L. 232-4, dans leur rédaction résultant de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, et dans les limites des ressources mentionnées au b du 1° du II de l'article L. 14-10-5 et dans la limite des ressources mentionnées au second alinéa du I de l'article L. 14-10-5-1. Cette répartition est opérée selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II.-La quote-part mentionnée au 1° du I du présent article est calculée en appliquant au montant total de la première part du concours mentionnée au même 1° le double du rapport entre le nombre de bénéficiaires de l'allocation</p>

<p>rapport entre le nombre de bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-2 dans les collectivités d'outre-mer mentionnées audit 1° et le nombre total de bénéficiaires de l'allocation au 31 décembre de l'année précédant l'année au titre de laquelle le concours est attribué. Elle est répartie entre les trois collectivités en fonction des critères mentionnés aux a, b et d du 1° du même I.</p>	<p>mentionnée à l'article L. 232-2 dans les collectivités d'outre-mer mentionnées audit 1° et le nombre total de bénéficiaires de l'allocation au 31 décembre de l'année précédant l'année au titre de laquelle le concours est attribué. Elle est répartie entre les trois collectivités en fonction des critères mentionnés aux a, b et d du 1° du même I.</p>
<p>Article L. 14-10-7 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p>Article L. 14-10-7 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>I. Les concours mentionnés au III de l'article L. 14-10-5 sont répartis dans les conditions précisées au présent article, selon des modalités fixées par décrets en Conseil d'Etat pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.</p> <p>II.-Le concours mentionné au même III destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation est réparti entre les départements, après prélèvement des sommes nécessaires à une quote-part destinée aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.</p> <p>Cette quote-part est calculée en appliquant au montant total du concours destiné à couvrir cette dépense le double du rapport entre, d'une part, le nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 et de l'allocation compensatrice pour tierce personne mentionnée à l'article L. 245-1, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dans les collectivités d'outre-mer mentionnées au présent II et, d'autre part, le nombre total de bénéficiaires de ces prestations au 31 décembre de l'année précédant l'année au titre de laquelle le concours est attribué.</p> <p>III.-Le solde du concours mentionné au II du présent article et le concours mentionné au III de l'article L. 14-10-5 pour l'installation et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées sont répartis en fonction de tout ou partie des critères suivants :</p> <p>a) Le nombre de bénéficiaires dans le département, au titre de l'année écoulée, de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1, corrigé, en cas de variation importante, par la valeur de ce nombre sur les années antérieures. Pour les années au cours desquelles cette prestation n'était pas ou pas exclusivement en vigueur, ce nombre est augmenté du nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice mentionnée à l'article L. 245-1 dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;</p> <p>b) Les caractéristiques des bénéficiaires et des montants individuels de prestation de compensation qui ont été versés au titre de l'année écoulée, et notamment le nombre de bénéficiaires d'allocations de montant élevé ;</p>	<p>I. Les concours mentionnés au III de l'article L. 14-10-5 sont répartis Le concours mentionné au b du 3° de l'article L. 14-10-5 est réparti dans les conditions précisées au présent article, selon des modalités fixées par décrets en Conseil d'Etat décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.</p> <p>II.-Le concours mentionné au même III Le concours mentionné au I destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation est réparti entre les départements, après prélèvement des sommes nécessaires à une quote-part destinée aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.</p> <p>Cette quote-part est calculée en appliquant au montant total du concours destiné à couvrir cette dépense le double du rapport entre, d'une part, le nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 et de l'allocation compensatrice pour tierce personne mentionnée à l'article L. 245-1, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dans les collectivités d'outre-mer mentionnées au présent II et, d'autre part, le nombre total de bénéficiaires de ces prestations au 31 décembre de l'année précédant l'année au titre de laquelle le concours est attribué.</p> <p>III.-Le solde du concours mentionné au II du présent article et le concours mentionné III de l'article L. 14-10-5 pour l'installation et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées sont répartis est réparti en fonction de tout ou partie des critères suivants :</p> <p>a) Le nombre de bénéficiaires dans le département, au titre de l'année écoulée, de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1, corrigé, en cas de variation importante, par la valeur de ce nombre sur les années antérieures. Pour les années au cours desquelles cette prestation n'était pas ou pas exclusivement en vigueur, ce nombre est augmenté du nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice mentionnée à l'article L. 245-1 dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;</p> <p>b) Les caractéristiques des bénéficiaires et des montants individuels de prestation de compensation qui ont été versés au titre de l'année écoulée, et notamment le nombre de bénéficiaires d'allocations de montant élevé ;</p>

<p>c) Le nombre de bénéficiaires des prestations prévues aux articles L. 341-1, L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>d) Le nombre de bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>e) La population adulte du département dont l'âge est inférieur à la limite fixée en application du I de l'article L. 245-1 du présent code ;</p> <p>f) Le potentiel fiscal, déterminé selon les modalités définies à l'article L. 3334-6 du code général des collectivités territoriales.</p> <p>En l'absence de potentiel fiscal prévu à l'article L. 3543-1 du code général des collectivités territoriales, le concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées est déterminé en retenant, pour les collectivités concernées, une valeur nulle de ce même potentiel.</p> <p>Le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales s'effectue dans des conditions prévues par la convention mentionnée à l'article L. 14-10-7-2.</p> <p>Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur les territoires du département du Rhône et de la métropole de Lyon est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue à l'article L. 146-3 par la métropole de Lyon et le département du Rhône.</p> <p>Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur le territoire de la collectivité de Corse est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue à l'article L. 146-3 par la collectivité de Corse.</p> <p>IV.-La quote-part calculée dans les conditions définies au II est répartie entre les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon en fonction des critères mentionnés aux a à e du III.</p> <p>V.-Le rapport entre, d'une part, les dépenses réalisées au titre de la prestation de compensation de chaque département après déduction du montant réparti conformément au III et, d'autre part, leur potentiel fiscal ne peut être supérieur à un taux fixé par voie réglementaire. Les dépenses correspondant à la fraction de ce rapport qui dépasse ce seuil sont prises en charge en totalité par la caisse.</p> <p>L'attribution résultant de l'opération définie au III pour les départements autres que ceux ayant bénéficié d'un complément de dotation au titre de l'alinéa précédent est diminuée de la somme des montants ainsi calculés, au prorata de la répartition effectuée en application dudit alinéa entre ces seuls départements.</p> <p>Les opérations décrites aux deux alinéas précédents sont renouvelées jusqu'à ce que les dépenses laissées à la charge de chaque département n'excèdent plus le seuil défini au premier alinéa du présent V.</p>	<p>c) Le nombre de bénéficiaires des prestations prévues aux articles L. 341-1, L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>d) Le nombre de bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>e) La population adulte du département dont l'âge est inférieur à la limite fixée en application du I de l'article L. 245-1 du présent code ;</p> <p>f) Le potentiel fiscal, déterminé selon les modalités définies à l'article L. 3334-6 du code général des collectivités territoriales.</p> <p>En l'absence de potentiel fiscal prévu à l'article L. 3543-1 du code général des collectivités territoriales, le concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées est déterminé en retenant, pour les collectivités concernées, une valeur nulle de ce même potentiel.</p> <p>Le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales s'effectue dans des conditions prévues par la convention mentionnée à l'article L. 14-10-7-2.</p> <p>Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur les territoires du département du Rhône et de la métropole de Lyon est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue à l'article L. 146-3 par la métropole de Lyon et le département du Rhône.</p> <p>Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur le territoire de la collectivité de Corse est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue à l'article L. 146-3 par la collectivité de Corse.</p> <p>IV.- La quote-part calculée dans les conditions définies au II est répartie entre les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon en fonction des critères mentionnés aux a à e du III.</p> <p>V.- Le rapport entre, d'une part, les dépenses réalisées au titre de la prestation de compensation de chaque département après déduction du montant réparti conformément au III et, d'autre part, leur potentiel fiscal ne peut être supérieur à un taux fixé par voie réglementaire. Les dépenses correspondant à la fraction de ce rapport qui dépasse ce seuil sont prises en charge en totalité par la caisse.</p> <p>L'attribution résultant de l'opération définie au III pour les départements autres que ceux ayant bénéficié d'un complément de dotation au titre de l'alinéa précédent est diminuée de la somme des montants ainsi calculés, au prorata de la répartition effectuée en application dudit alinéa entre ces seuls départements.</p> <p>Les opérations décrites aux deux alinéas précédents sont renouvelées jusqu'à ce que les dépenses laissées à la charge de chaque département n'excèdent plus le seuil défini au premier alinéa du présent V.</p>
	<p>Nouvel article L. 14-10-7-1 du code de l'action sociale et des familles</p>
	<p>I. Le concours mentionné au c du 3° de l'article L.-14-10-5 est réparti en fonction de tout ou partie des critères mentionnés aux a à f du III de l'article L. 14-10-7, selon des modalités fixées par décret en Conseil</p>

	<p>d'Etat pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.</p> <p>II.- En l'absence de potentiel fiscal prévu à l'article L. 3543-1 du code général des collectivités territoriales, le concours mentionné au c du 3° de l'article L. 14-10-5 du présent code est déterminé en retenant, pour les collectivités concernées, une valeur nulle de ce même potentiel.</p> <p>Le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales s'effectue dans des conditions prévues par la convention mentionnée à l'article L. 14-10-7-2.</p> <p>Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur les territoires du département du Rhône et de la métropole de Lyon est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue à l'article L. 146-3 par la métropole de Lyon et le département du Rhône.</p> <p>Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur le territoire de la collectivité de Corse est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue à l'article L. 146-3 par la collectivité de Corse.</p> <p>III- La Caisse verse également la subvention mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 146-4-2, dont le montant est fixé et réparti par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et des affaires sociales.</p>
<p>Article L14-10-7-1 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p>Article L14-10-7-1-1 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>Pour l'application des articles L. 14-10-6 et L. 14-10-7, le potentiel fiscal utilisé est majoré ou, le cas échéant, minoré de la fraction de correction prévue au 4 du III de l'article L. 3335-3 du code général des collectivités territoriales</p>	<p>Pour l'application des articles L. 14-10-6 et L. 14-10-7, et L. 14-10-7-1, le potentiel fiscal utilisé est majoré ou, le cas échéant, minoré de la fraction de correction prévue au 4 du III de l'article L. 3335-3 du code général des collectivités territoriales</p>
<p>Article L. 14-10-7-3 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p>Article L. 14-10-7-3 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>La Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie signe avec toute métropole exerçant ses compétences à l'égard des personnes âgées une convention pluriannuelle fixant leurs engagements réciproques sur :</p> <p>1° Les modalités de versement des concours mentionnés à l'article L. 14-10-10 ;</p> <p>2° Les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention relevant respectivement des 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1.</p>	<p>La Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie signe avec toute métropole exerçant ses compétences à l'égard des personnes âgées une convention pluriannuelle fixant leurs engagements réciproques sur :</p> <p>1° Les modalités de versement des concours mentionnés à l'article L. 14-10-10 ;</p> <p>2° Les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention relevant respectivement des 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1.</p> <p>La Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie signe avec toute métropole exerçant ses compétences à l'égard des personnes âgées une convention pluriannuelle fixant leurs engagements réciproques sur les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention relevant respectivement des 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1.</p>
<p>Article L. 14-10-8 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p>Article L. 14-10-8 abrogé du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>I. — Les crédits affectés, au titre d'un exercice, aux sections et sous-sections mentionnées à l'article L. 14-10-</p>	<p>I. — Les crédits affectés, au titre d'un exercice, aux sections et sous-sections mentionnées à l'article L. 14-10-</p>

<p>5, qui n'ont pas été consommés à la clôture de l'exercice, donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants.</p> <p>II. — Les produits résultant du placement, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, des disponibilités qui excèdent les besoins de trésorerie de la caisse sont affectés au financement des charges mentionnées aux II et III de l'article L. 14-10-5.</p>	<p>5, qui n'ont pas été consommés à la clôture de l'exercice, donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants.</p> <p>II. — Les produits résultant du placement, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, des disponibilités qui excèdent les besoins de trésorerie de la caisse sont affectés au financement des charges mentionnées aux II et III de l'article L. 14-10-5.</p>
<p align="center">Article L. 14-10-9 actuel du code de l'action sociale et des familles</p>	<p align="center">Article L. 14-10-9 abrogé du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>Une part des crédits reportés sur l'exercice en cours au titre des excédents de l'exercice précédent est affectée, selon les modalités prévues au dernier alinéa du VI de l'article L. 14-10-5, dans les conditions suivantes :</p> <p>a) Dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article, ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement immobilier portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1, ainsi que des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée.</p> <p>Ces crédits viennent abonder le budget de chaque agence régionale de santé, à hauteur d'une contribution arrêtée par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant national fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale. Cet arrêté détermine également les conditions d'utilisation et d'affectation de ces crédits, ainsi que celles dans lesquelles les agences régionales de santé rendent compte de son exécution.</p> <p>En vue de faciliter des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 du présent code et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 ayant conclu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12, les crédits mentionnés au premier alinéa peuvent être utilisés pour prendre en charge les intérêts des emprunts contractés à cet effet.</p> <p>b) A la section mentionnée au IV de l'article L. 14-10-5, ces crédits peuvent être utilisés pour le financement d'actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat, de formation et de qualification des personnels des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui n'ont pas conclu le contrat prévu au IV ter de l'article L. 313-12. Ces crédits peuvent également être utilisés pour financer les actions réalisées dans le cadre du plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1.</p> <p>Un arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale, pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, détermine les conditions d'utilisation, l'affectation et le montant des crédits mentionnés au présent b.</p> <p>c) Dans les deux sous-sections mentionnées au I de l'article L. 14-10-5, une fraction de ces crédits fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale finance l'allocation journalière du proche aidant prévue aux articles L. 168-8 et suivants du code de la sécurité sociale.</p>	<p>Une part des crédits reportés sur l'exercice en cours au titre des excédents de l'exercice précédent est affectée, selon les modalités prévues au dernier alinéa du VI de l'article L. 14-10-5, dans les conditions suivantes :</p> <p>a) Dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article, ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement immobilier portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1, ainsi que des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée.</p> <p>Ces crédits viennent abonder le budget de chaque agence régionale de santé, à hauteur d'une contribution arrêtée par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant national fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale. Cet arrêté détermine également les conditions d'utilisation et d'affectation de ces crédits, ainsi que celles dans lesquelles les agences régionales de santé rendent compte de son exécution.</p> <p>En vue de faciliter des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 du présent code et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 ayant conclu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12, les crédits mentionnés au premier alinéa peuvent être utilisés pour prendre en charge les intérêts des emprunts contractés à cet effet.</p> <p>b) A la section mentionnée au IV de l'article L. 14-10-5, ces crédits peuvent être utilisés pour le financement d'actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat, de formation et de qualification des personnels des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui n'ont pas conclu le contrat prévu au IV ter de l'article L. 313-12. Ces crédits peuvent également être utilisés pour financer les actions réalisées dans le cadre du plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1.</p> <p>Un arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale, pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, détermine les conditions d'utilisation, l'affectation et le montant des crédits mentionnés au présent b.</p> <p>e) Dans les deux sous-sections mentionnées au I de l'article L. 14-10-5, une fraction de ces crédits fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale finance l'allocation journalière du proche aidant prévue aux articles L. 168-8 et suivants du code de la sécurité sociale.</p>

Article L. 14-10-10 actuel du code de l'action sociale et des familles	Article L. 14-10-10 abrogé du code de l'action sociale et des familles
<p>Les concours aux départements mentionnés au a du V de l'article L. 14-10-5 sont répartis comme suit :</p> <p>1° Le concours correspondant au forfait autonomie mentionné au III de l'article L. 313-12 est réparti chaque année entre les départements en fonction du nombre de places dans les établissements éligibles ;</p> <p>2° Le concours correspondant aux autres actions de prévention mentionnées aux 1°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 est réparti chaque année entre les départements en fonction du nombre de personnes âgées de soixante ans et plus.</p>	<p>Les concours aux départements mentionnés au a du V de l'article L. 14-10-5 sont répartis comme suit :</p> <p>1° Le concours correspondant au forfait autonomie mentionné au III de l'article L. 313-12 est réparti chaque année entre les départements en fonction du nombre de places dans les établissements éligibles ;</p> <p>2° Le concours correspondant aux autres actions de prévention mentionnées aux 1°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 est réparti chaque année entre les départements en fonction du nombre de personnes âgées de soixante ans et plus.</p>
Article L. 314-3 actuel du code de l'action sociale et des familles	Article L. 314-3 modifié du code de l'action sociale et des familles
<p>I.-Le financement de celles des prestations des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses.</p> <p>Cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget en fonction, d'une part, d'une contribution des régimes d'assurance maladie fixée par le même arrêté au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement et, d'autre part, du montant prévisionnel des produits mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ainsi, le cas échéant, que de tout ou partie du montant prévisionnel de l'excédent de la section mentionnée au I de l'article L. 14-10-5.</p> <p>Il prend en compte l'impact des éventuelles modifications des règles de tarification des prestations, ainsi que celui des changements de régime de financement des établissements et services concernés. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.</p> <p>Sur la base de cet objectif, les mêmes ministres arrêtent, dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations mentionnées au premier alinéa.</p> <p>II.-Le montant annuel mentionné au dernier alinéa du I ainsi que le montant des dotations prévues au troisième alinéa de l'article L. 312-5-2 sont répartis par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en dotations régionales limitatives.</p> <p>Les montants de ces dotations sont fixés en fonction des besoins des personnes handicapées et âgées dépendantes, tels qu'ils résultent des programmes interdépartementaux mentionnés à l'article L. 312-5-1, et des priorités définies au niveau national en matière d'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées. Ils intègrent l'objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions et l'objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services relevant de mêmes catégories, et peuvent à ce titre prendre en compte l'activité et le coût moyen des établissements et services.</p>	<p>I.-Le financement de celles des prestations des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, des affaires sociales et du budget.</p> <p>Cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget en fonction, d'une part, d'une contribution des régimes d'assurance maladie fixée par le même arrêté au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement et, d'autre part, du montant prévisionnel des produits mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 ainsi, le cas échéant, que de tout ou partie du montant prévisionnel de l'excédent de la section mentionnée au I de l'article L. 14-10-5.</p> <p>Il prend en compte l'impact des éventuelles modifications des règles de tarification des prestations, ainsi que celui des changements de régime de financement des établissements et services concernés. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.</p> <p>Sur la base de cet objectif, les mêmes ministres arrêtent, dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations mentionnées au premier alinéa.</p> <p>II.-Le montant annuel mentionné au dernier alinéa du I ainsi que le montant des dotations prévues au troisième alinéa de l'article L. 312-5-2 sont répartis par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en dotations régionales limitatives.</p> <p>Les montants de ces dotations sont fixés en fonction des besoins des personnes handicapées et âgées dépendantes, tels qu'ils résultent des programmes interdépartementaux mentionnés à l'article L. 312-5-1, et des priorités définies au niveau national en matière d'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées. Ils intègrent l'objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions et l'objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services relevant de mêmes catégories, et peuvent à ce titre prendre en compte l'activité et le coût moyen des établissements et services.</p>

<p>Dans ce cadre, le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, par arrêtés annuels, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds.</p> <p>III.-(Abrogé).</p>	<p>Dans ce cadre, le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, par arrêtés annuels, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds.</p> <p>III.-(Abrogé).</p>
--	---

<p align="center">Article L.114-5 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L.114-5 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement, ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie appliquent un plan comptable unique fondé sur le principe de la constatation des droits et obligations. Les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent, indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement.</p> <p>Un décret fixe les règles comptables applicables aux régimes et organismes visés au premier alinéa, ainsi que les modalités de transmission et de centralisation des comptes de ces régimes et organismes.</p>	<p>Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement, ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie appliquent un plan comptable unique fondé sur le principe de la constatation des droits et obligations. Les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent, indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement.</p> <p>Un décret fixe les règles comptables applicables aux régimes et organismes visés au premier alinéa, ainsi que les modalités de transmission et de centralisation des comptes de ces régimes et organismes.</p>
<p align="center">Article L.114-8 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L.114-8 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières et ceux mentionnés à l'article L. 612-5-1 du présent code, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.</p> <p>Une norme d'exercice professionnel homologuée par voie réglementaire précise les diligences devant être accomplies par les commissaires aux comptes. Les dispositions de l'article L. 141-10 du code des juridictions financières sont applicables à ces derniers.</p> <p>Les commissaires aux comptes sont également tenus de communiquer leur rapport aux autorités administratives compétentes en ce qui concerne les comptes annuels et les comptes combinés mentionnés au premier alinéa du présent article.</p> <p>Les autorités administratives compétentes peuvent demander aux commissaires aux comptes des organismes mentionnés au présent article tout renseignement sur l'activité de l'organisme contrôlé. Les commissaires aux comptes sont alors déliés, à leur égard, du secret professionnel. Les autorités administratives compétentes peuvent également transmettre aux commissaires aux comptes de ces organismes les informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel.</p> <p>Les autorités administratives compétentes peuvent en outre transmettre des observations écrites aux commissaires aux comptes qui sont alors tenus d'apporter des réponses en cette forme.</p>	<p>Les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières et ceux mentionnés à l'article L. 612-5-1 du présent code, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.</p> <p>Une norme d'exercice professionnel homologuée par voie réglementaire précise les diligences devant être accomplies par les commissaires aux comptes. Les dispositions de l'article L. 141-10 du code des juridictions financières sont applicables à ces derniers.</p> <p>Les commissaires aux comptes sont également tenus de communiquer leur rapport aux autorités administratives compétentes en ce qui concerne les comptes annuels et les comptes combinés mentionnés au premier alinéa du présent article.</p> <p>Les autorités administratives compétentes peuvent demander aux commissaires aux comptes des organismes mentionnés au présent article tout renseignement sur l'activité de l'organisme contrôlé. Les commissaires aux comptes sont alors déliés, à leur égard, du secret professionnel. Les autorités administratives compétentes peuvent également transmettre aux commissaires aux comptes de ces organismes les informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel.</p> <p>Les autorités administratives compétentes peuvent en outre transmettre des observations écrites aux commissaires aux comptes qui sont alors tenus d'apporter des réponses en cette forme.</p>

<p>Les commissaires aux comptes sont tenus de signaler dans les meilleurs délais aux autorités administratives compétentes tout fait concernant l'organisme ou toute décision prise par ses organes de direction, dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur mission, de nature :</p> <p>1° A constituer une violation aux dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables ;</p> <p>2° A entraîner le refus de la certification de ses comptes ou l'émission de réserves.</p> <p>La même obligation s'applique aux faits et aux décisions dont ils viendraient à avoir connaissance dans l'exercice de leur mission de commissaire aux comptes dans une entité entrant dans le périmètre d'établissement des comptes combinés au sens de l'article L. 114-6.</p> <p>La responsabilité des commissaires aux comptes ne peut être engagée pour les informations ou divulgations de faits auxquelles ils procèdent en exécution des obligations imposées par le présent article.</p>	<p>Les commissaires aux comptes sont tenus de signaler dans les meilleurs délais aux autorités administratives compétentes tout fait concernant l'organisme ou toute décision prise par ses organes de direction, dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur mission, de nature :</p> <p>1° A constituer une violation aux dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables ;</p> <p>2° A entraîner le refus de la certification de ses comptes ou l'émission de réserves.</p> <p>La même obligation s'applique aux faits et aux décisions dont ils viendraient à avoir connaissance dans l'exercice de leur mission de commissaire aux comptes dans une entité entrant dans le périmètre d'établissement des comptes combinés au sens de l'article L. 114-6.</p> <p>La responsabilité des commissaires aux comptes ne peut être engagée pour les informations ou divulgations de faits auxquelles ils procèdent en exécution des obligations imposées par le présent article.</p>
	<p style="text-align: center;"><i>Section 14</i></p> <p style="text-align: center;">« Contribution de solidarité pour l'autonomie et contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie »</p>
	<p style="text-align: center;">Article L 137-40 nouveau du code de la sécurité sociale</p>
	<p>Il est institué une contribution de solidarité pour l'autonomie au taux de 0,3 % due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie.</p> <p>Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que lesdites cotisations.</p>
	<p style="text-align: center;">Article L.137-41 nouveau du code de la sécurité sociale</p>
	<p>I. Il est institué une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie au taux de 0,3 % assise sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujettis aux prélèvements mentionnés à l'article 235 ter du code général des impôts et qui sont perçus par les personnes physiques désignées à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>II. Par dérogation au I, sont exclus de l'assiette de la contribution les revenus suivants :</p> <p>1° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils mentionnés au 2° du III de l'article L. 136-8 ;</p> <p>2° Les pensions mentionnées au a du 4° et aux 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 ou par un régime de base de sécurité sociale</p>

	<p>sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9.</p> <p>Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions mentionnées pour les mêmes revenus à l'article L. 136-5.</p>
Article L. 168-11 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 168-11 modifié du code de la sécurité sociale
L'allocation journalière du proche aidant est servie et contrôlée par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contre remboursement, y compris des frais de gestion engagés par ces organismes. Le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est assuré par la part des crédits mentionnés au c de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles et, pour le solde, par les fonds propres de cette même caisse.	L'allocation journalière du proche aidant est servie et contrôlée par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contre remboursement, y compris des frais de gestion engagés par ces organismes. Le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est assuré par la part des crédits mentionnés au c de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles et, pour le solde, par les fonds propres de cette même caisse.
Article L. 200-3 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 200-3 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Le conseil ou les conseils d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, de la Caisse nationale des allocations familiales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la commission prévue à l'article L. 221-4 sont saisis, pour avis et dans le cadre de leurs compétences respectives, de tout projet de mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans leur domaine de compétence et notamment des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les avis sur les projets de loi sont motivés.</p> <p>Le conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut recevoir délégation des conseils des caisses nationales et de la commission prévue à l'article L. 221-4 pour examiner tout projet de texte relatif aux ressources du régime général.</p> <p>Le Gouvernement transmet au Parlement les avis rendus sur les projets de loi.</p> <p>Le conseil ou les conseils d'administration des caisses nationales, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la commission visée à l'article L. 221-4 peuvent faire toutes propositions de modification législative ou réglementaire dans leur domaine de compétence. Les propositions de nature législative sont transmises au Parlement. Le Gouvernement fait connaître dans un délai d'un mois les suites qu'il réserve aux propositions de nature réglementaire.</p> <p>Le conseil ou les conseils d'administration et la commission prévue à l'article L. 221-4 sont habilités, dans le respect de l'équilibre financier de chacune des branches, à proposer des réformes au Gouvernement.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, et notamment les délais dans lesquels le conseil ou les conseils d'administration et la commission prévue à l'article L. 221-4 ou les commissions habilitées par eux à cet effet rendent leurs avis, ainsi que les conditions dans lesquelles les avis rendus sur les projets de loi sont motivés.</p>	<p>Le conseil ou les conseils d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la commission prévue à l'article L. 221-4 sont saisis, pour avis et dans le cadre de leurs compétences respectives, de tout projet de mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans leur domaine de compétence et notamment des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les avis sur les projets de loi sont motivés.</p> <p>Le conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut recevoir délégation des conseils des caisses nationales et de la commission prévue à l'article L. 221-4 pour examiner tout projet de texte relatif aux ressources du régime général.</p> <p>Le Gouvernement transmet au Parlement les avis rendus sur les projets de loi.</p> <p>Le conseil ou les conseils d'administration des caisses nationales, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la commission visée à l'article L. 221-4 peuvent faire toutes propositions de modification législative ou réglementaire dans leur domaine de compétence. Les propositions de nature législative sont transmises au Parlement. Le Gouvernement fait connaître dans un délai d'un mois les suites qu'il réserve aux propositions de nature réglementaire.</p> <p>Le conseil ou les conseils d'administration et la commission prévue à l'article L. 221-4 sont habilités, dans le respect de l'équilibre financier de chacune des branches, à proposer des réformes au Gouvernement.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, et notamment les délais dans lesquels le conseil ou les conseils d'administration et la commission prévue à l'article L. 221-4 ou les commissions habilitées par eux à cet effet rendent leurs avis, ainsi que les conditions dans lesquelles les avis rendus sur les projets de loi sont motivés.</p>
Article L. 225-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 225-1 modifié du code de la sécurité sociale

<p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches gérées par la Caisse nationale des allocations familiales, par la Caisse nationale de l'assurance maladie et par la caisse nationale d'assurance vieillesse, dans les conditions fixées par décret pris sur le rapport des ministres intéressés.</p> <p>En vue de clarifier la gestion des branches du régime général, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure l'individualisation de la trésorerie de chaque branche par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable ; elle établit l'état prévisionnel de la trésorerie de chaque branche.</p> <p>Un décret détermine les modalités d'application du présent article, ainsi que les conditions de placement des excédents de trésorerie globalement constatés pour l'ensemble des branches mentionnées au premier alinéa.</p>	<p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches gérées par la Caisse nationale des allocations familiales, par la Caisse nationale de l'assurance maladie, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et par la caisse nationale d'assurance vieillesse, dans les conditions fixées par décret pris sur le rapport des ministres intéressés.</p> <p>En vue de clarifier la gestion des branches du régime général, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure l'individualisation de la trésorerie de chaque branche par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable ; elle établit l'état prévisionnel de la trésorerie de chaque branche.</p> <p>Un décret détermine les modalités d'application du présent article, ainsi que les conditions de placement des excédents de trésorerie globalement constatés pour l'ensemble des branches mentionnées au premier alinéa.</p>
<p align="center">Article L. 227-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 227-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>I.- Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut respectivement avec la Caisse nationale de l'assurance maladie, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale des allocations familiales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des conventions d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.</p> <p>Ces conventions déterminent, pour les branches mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 et pour les organismes de recouvrement, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires.</p> <p>Elles précisent :</p> <p>1° Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;</p> <p>2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;</p> <p>2° bis Les objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale ;</p> <p>3° Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion ;</p> <p>4° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et, s'il y a lieu, d'action sanitaire et sociale et de prévention ;</p> <p>5° Le cas échéant, les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales.</p> <p>Ces conventions prévoient, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.</p> <p>Les conventions relatives aux branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et la convention relative aux organismes du régime général chargés du recouvrement identifient les objectifs et actions dédiés au service des prestations et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants.</p> <p>Elles déterminent également :</p>	<p>I.- Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut respectivement avec la Caisse nationale de l'assurance maladie, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale des allocations familiales, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des conventions d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.</p> <p>Ces conventions déterminent, pour les branches mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de à l'article L. 200-2 et pour les organismes de recouvrement, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires.</p> <p>Elles précisent :</p> <p>1° Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;</p> <p>2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;</p> <p>2° bis Les objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale ou pour la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2, les objectifs d'amélioration de la coordination des acteurs participant à la mise en oeuvre des politiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;</p> <p>3° Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;</p> <p>4° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et, s'il y a lieu, d'action sanitaire et sociale et de prévention et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;</p> <p>5° Le cas échéant, et à l'exception de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2, les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales. Ces conventions prévoient, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.</p>

<p>1° Les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de chaque convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et des modifications importantes de la charge de travail des organismes liées à l'évolution du cadre législatif et réglementaire de leur action ;</p> <p>2° Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.</p> <p>II. (Paragraphe abrogé)</p> <p>III.-Les conventions d'objectifs et de gestion sont conclues pour une période minimale de quatre ans.</p> <p>Les conventions et, le cas échéant, les avenants qui les modifient sont transmis aux commissions parlementaires mentionnées à l'article LO. 111-9.</p>	<p>Les conventions relatives aux branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et la convention relative aux organismes du régime général chargés du recouvrement identifient les objectifs et actions dédiés au service des prestations et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants.</p> <p>Elles déterminent également :</p> <p>1° Les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de chaque convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et des modifications importantes de la charge de travail des organismes liées à l'évolution du cadre législatif et réglementaire de leur action ;</p> <p>2° Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.</p> <p>II. (Paragraphe abrogé)</p> <p>III.-Les conventions d'objectifs et de gestion sont conclues pour une période minimale de quatre ans.</p> <p>Les conventions et, le cas échéant, les avenants qui les modifient sont transmis aux commissions parlementaires mentionnées à l'article LO. 111-9.</p>
<p align="center">Article L. 227-3 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 227-3 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>La mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre, d'une part, chaque caisse nationale et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, chacun de leurs organismes régionaux ou locaux. Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil ou du conseil d'administration ou, selon le cas, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur général et, pour le compte de l'organisme régional ou local, par le président du conseil ou du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné.</p> <p>Toutefois, pour les organismes de la branche maladie, ces contrats sont signés par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie et le directeur de l'organisme concerné</p>	<p>La mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion des branches mentionnées au 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre, d'une part, chaque caisse nationale et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, chacun de leurs organismes régionaux ou locaux. Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil ou du conseil d'administration ou, selon le cas, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur général et, pour le compte de l'organisme régional ou local, par le président du conseil ou du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné.</p> <p>Toutefois, pour les organismes de la branche maladie, ces contrats sont signés par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie et le directeur de l'organisme concerné.</p>
	<p align="center">Article L. 541-5 nouveau du code de la sécurité sociale</p>
	<p>L'allocation et son complément éventuel mentionnés à l'article L.541-1 sont servis et contrôlés par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, contre remboursement.</p>

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

- **Les montants de déclenchement des clauses de sauvegarde pour les médicaments et les dispositifs médicaux sont à fixer pour l'année 2021**

Le Comité économique des produits de santé (CEPS), les caisses d'assurance maladie et les directions d'administration centrale assurent tout au long de l'année une gestion active en matière d'évolution des dépenses de médicaments remboursables. Les actions menées visent notamment à rendre plus efficiente la dépense publique dans ce domaine et doivent contribuer in fine au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Toutefois, compte tenu de l'arrivée de nouveaux produits, des incertitudes pesant sur certaines négociations à fort enjeu et de l'effet que ceci induit sur la dynamique des dépenses, ces différentes actions ne suffisent pas toujours à garantir que la progression de ces dépenses sera compatible avec le respect de l'ONDAM.

Le mécanisme dit « de clause de sauvegarde » permet ainsi d'assurer en dernier recours une atténuation du niveau de dépenses liées aux produits remboursés. Il s'applique lorsque la croissance de ces dépenses dépasse un niveau fixé par la loi. Cette clause de sauvegarde, initialement introduite en 1999 pour les médicaments, a été revue en 2015, 2017 et 2018. Elle a été introduite en 2019 pour les dispositifs médicaux de la liste en sus hospitalière.

La clause de sauvegarde liée aux dépenses sur le médicament est prévue aux articles L.138-10 et suivants du code de la sécurité sociale, celle du dispositif médical aux articles L. 138-19-8 et suivants du même code. Elles prévoient la fixation des montants M et Z (seuil de déclenchement de la contribution), respectivement pour le médicament et le dispositif médical, pour chaque année.

Il est ainsi nécessaire de fixer M et Z pour l'année 2021.

- **Il est nécessaire de favoriser les négociations conventionnelles et de ne pas cibler la régulation uniquement sur les médicaments anciens**

L'année 2020, marquée par la pandémie de COVID-19, invite à tirer les conséquences de cette crise. Il est ainsi prioritaire de préserver l'approvisionnement du marché français, notamment pour des médicaments anciens. En conséquence, toute régulation, nécessaire par ailleurs pour garantir la soutenabilité du système, se doit d'être assurée par le dialogue conventionnel avec pour objectif de garantir l'accès des patients à l'ensemble des médicaments, dont les anciennes molécules.

Aujourd'hui, le mécanisme de sauvegarde vise l'ensemble des dépenses remboursées des médicaments. Pour autant, une réduction de la contribution due par les entreprises existe, pour les médicaments, prévue par l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale, dans le cas où l'entreprise signe avec le CEPS un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, de tout ou partie du montant dû au titre de la clause de sauvegarde.

Ainsi, cette réduction pourrait servir de nouveau levier de discussion conventionnelle, comme outil supplémentaire favorisant les accords entre les entreprises et le CEPS. La réduction pourrait en effet être modulée en fonction des contributions respectives des entreprises à la régulation de la dépense, via leurs négociations avec le CEPS dans le cadre des plans de baisses de prix.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

La mesure vise à :

- **Fixer les montants de déclenchement des clauses de sauvegarde pour les médicaments et les dispositifs médicaux pour l'année 2021**

Il s'agit de fixer le montant « M » et le montant « Z » au-delà desquels les clauses de sauvegarde médicaments et produits et prestations se déclencheront pour 2021.

Ainsi, M est fixé à 23,99 milliards d'euros et Z à 2,09 milliards d'euros pour l'année 2021. Ce passage en montant permet de répondre aux intentions du législateur lors de la refonte de la clause de sauvegarde des médicaments en LFSS pour 2019 en assurant lisibilité et transparence de la trajectoire de la régulation, qu'il ne sera plus nécessaire de réajuster chaque année.

Le montant M correspond au chiffre d'affaires du médicament réalisé, net de toutes remises, de l'année 2019 –du fait de la crise sanitaire, l'année 2019 a été choisie comme référence de façon exceptionnelle, auquel il a été appliqué une croissance de 0.5% pour chaque année (2020 et 2021), tel que prévu par le Conseil stratégique des industries de santé. De la même façon, le montant Z se fonde sur les dépenses remboursées des produits et prestations de la liste en sus, nettes des remises, de l'année 2019, auxquelles il a été appliqué une croissance de 3% pour chacune des deux années.

• Améliorer les outils de régulation : assurer les discussions conventionnelles

Il s'agirait de proposer une contrepartie aux entreprises qui négocient conventionnellement avec le CEPS dans le cadre des plans de baisse de prix de médicaments. La réduction de la contribution due par une entreprise dans le cas où elle signe avec le CEPS un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, de tout ou partie du montant dû au titre de la clause de sauvegarde, serait modulée en fonction de la contribution de l'entreprise à la régulation de la dépense.

b) Autres options possibles

Les clauses de sauvegarde sont prévues aux articles L.138-10 et suivants et L. 138-19-8 et suivants du code de la sécurité sociale. Les montants M et Z auraient pu être définis par rapport à l'année 2020 qui, du fait de la crise sanitaire, ne semble pas une référence à conserver.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Le produit des contributions issues de la clause de sauvegarde est affecté au financement de la Caisse nationale de l'assurance maladie. La mesure a donc un effet sur les recettes du régime concerné et sont relatives, en tout ou partie, à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des contributions affectées à ce régime obligatoire de base. Elle relève ainsi du 1° et du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale et prend place à ce titre dans la 3e partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Il convient de rappeler que l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Modification de l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable

<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Mesure non applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Les clauses de sauvegarde n'ont pas vocation à se déclencher si les efforts de maîtrise médicalisée et les négociations sur les prix des nouveaux produits onéreux permettent de rendre compatible l'augmentation des dépenses de médicaments avec le niveau retenu pour l'ONDAM. Toutefois, si les dépenses continuent à croître à une vitesse rapide, ou s'accroissent, les clauses de sauvegarde pourraient se déclencher et jouer pleinement leur rôle de mécanisme de rappel.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		0	0	0	0
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

Le rendement théorique de la mesure étant nul en 2020, il n'est pas attendu d'impact supplémentaire de cette mesure pour les entreprises commercialisant des médicaments ou des dispositifs médicaux.

b) Impacts sociaux

Tous les assurés bénéficient en France, en fonction de leur état de santé et sans considération de leurs revenus, d'une prise en charge de haut niveau de leurs dépenses de santé et d'un accès rapide aux innovations thérapeutiques. Le dispositif de sauvegarde participe à la sécurisation de ce principe.

• Impact sur les jeunes

La mesure ne présente pas d'impact spécifique pour les jeunes.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

La mesure ne présente pas d'impact spécifique pour les personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure n'a pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mesure ne modifiera pas, par rapport à la situation actuelle, les démarches ou formalités administratives des assurés en vue du remboursement.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Cette mesure sera mise en œuvre dans le cadre des moyens existants.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera mise en œuvre dans le cadre des moyens actuels.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Aucun texte d'application ne sera nécessaire.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Mesures d'application directe.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information particulière n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi du respect de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 138-13 actuel	Article L. 138-13 modifié
<p>Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement d'une remise.</p> <p>Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées en application de ces accords est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. A défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.</p>	<p>Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévue à l'article L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique ou et de la prise pris en charge en application de associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-2 L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement d'une remise.</p> <p>Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées en application de ces accords est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. A défaut, uUne entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 80 95 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.</p> <p>Par dérogation à l'alinéa précédent, pour une entreprise redevable de la contribution qui a accepté par convention conclue avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'article L. 162-16-4, L.162-16-4-1, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6 une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite, prenant effet au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, le taux mentionné à l'alinéa précédent peut être fixé entre 80 et 95 %. Le pourcentage applicable à chaque entreprise est déterminé selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du montant des économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net de ces spécialités pour l'année au titre de laquelle la contribution est due ainsi que du chiffre d'affaires de l'entreprise calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11.</p> <p>Le prix net mentionné à l'alinéa précédent est calculé en défalquant les remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du prix de vente au public mentionné aux articles L. 162-16-4 et L. 162-16-4-1 minoré des marges prévues par la</p>

	<p>décision mentionnée à l'article L. 162-38 et des taxes en vigueur, ou du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5, ou du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 162 16 6.</p>
--	---

Article 18 – Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

• **Financement de la branche autonomie**

La loi n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit la création d'une nouvelle branche de sécurité sociale consacrée au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

La gestion de cette nouvelle branche revient à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Mis en place en mai 2005, cet établissement public était, depuis le 1er janvier 2006, chargé de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et des situations de perte d'autonomie, d'assurer une mission d'information et d'animation ainsi qu'un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge de la personne ou l'origine de son handicap (L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles). La CNSA dispose de ressources estimées en 2020 à 28,2 Md€, réparties en :

- 23,5 Md€ de contributions des régimes d'assurance maladie ;
- 2 Md€ de contribution sociale généralisée (CSG) ;
- 1,9 Md€ de contribution solidarité autonomie (CSA) ;
- 0,8 Md€ de contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) ;

La création d'une branche doit s'accompagner d'une autonomie de son financement. Dès lors, les contributions de la branche maladie ont vocation à disparaître au profit d'un transfert pérenne de recettes permettant de couvrir le périmètre de la branche, correspondant à l'ONDAM médico-social revalorisé au titre de l'effort exceptionnel engagé pour les salaires des professionnels des Ehpad (1,4 Md€ en 2021). Par ailleurs, le transfert de l'AEEH à la CNSA implique également de transférer une recette équivalente depuis la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) vers la CNSA.

• **Le transfert du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et des points accueil écoute jeunes (PAEJ) de l'Etat à la sécurité sociale**

L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) est actuellement servie par les régimes de sécurité sociale mais financée sur le budget de l'Etat, au titre du programme 157 « Handicap et dépendance ». Ce schéma donne lieu à des circuits financiers d'une inutile complexité, notamment *via* le recours à un fonds doté de la personnalité juridique (fonds spécial d'invalidité). Dans une logique de clarification et de simplification du financement de l'ASI, l'article 30 du présent projet de loi met à la charge de la sécurité sociale la totalité du financement de cette allocation *via* un fond dédié sans personnalité juridique. Ce transfert nécessite de redéfinir les circuits de financement de l'ASI.

Par ailleurs, le transfert des missions relatives au financement et au pilotage des points accueil écoute jeune (PAEJ) assurés par les directions départementales de la cohésion sociale, aux caisses d'allocations familiales a été décidé dans le cadre de la réforme de l'organisation territoriale de l'Etat. Ce transfert entraîne une charge nouvelle pour la branche famille dont il convient d'organiser la compensation.

• **Rétablissement de la référence à la cotisation maladie augmentée (COTAM) en tant que ressource de la branche Maladie**

La cotisation maladie augmentée (COTAM) a été créée pour faire cotiser les citoyens qui bénéficient à titre obligatoire de la prise en charge de leurs frais de santé mais qui n'ont pas le statut de résidents fiscaux en France. À la charge du salarié ou du retraité, elle est prévue par l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale. Son taux est fixé par décret, le dernier en date étant le décret n°2018-162 du 6 mars 2018 relatif aux taux particuliers des cotisations d'assurance maladie des personnes visées à l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale.

L'article 8 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 a acté la suppression des cotisations d'assurance maladie à la charge du salarié. En contrepartie, l'Assurance Maladie a été indemnisée par l'augmentation du taux de la contribution sociale généralisée (CSG). En conséquence, les dispositions relatives au financement de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ont été modifiées : les références aux cotisations salariales comme ressources de la branche Maladie ont été systématiquement supprimées.

Or, conformément à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale, sont assujetties à la CSG les personnes qui sont à la fois considérées comme domiciliées fiscalement en France et à la charge d'un régime obligatoire français d'assurance maladie. Les assujettis à la COTAM dérogeant à cette définition, ils ne sont pas redevables de la CSG. Cela explique pourquoi la COTAM n'a pas été supprimée lors de la réforme sur les cotisations salariales d'assurance maladie. Si elle l'avait été, l'Assurance Maladie aurait été lésée : cette suppression ne se serait pas accompagnée d'une augmentation des recettes de la CSG.

Par coordination juridique, il convient donc de préciser que la COTAM constitue une recette de la branche maladie.

• Finalisation de la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants

Les travaux menés à l'occasion de la publication du décret du 26 février 2020 relatif aux modalités d'imputation des charges de gestion administrative liées à la mise en œuvre de la sécurité sociale pour les travailleurs indépendants ont permis d'identifier que les dispositions de l'article L. 612-5 relatives aux modalités de couverture des dépenses de gestion administrative du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI) devait être corrigé. L'article prévoit en effet que ces dépenses soient couvertes par une dotation financée par les régimes de retraite complémentaire et invalidité décès des indépendants, ainsi que par les branches maladie et retraite du régime général. Au regard des travaux menés entre CPSTI, ACOSS, CNAM et CNAV confirmés par le protocole financier signés par eux à la fin de l'année 2019, la dotation de gestion administrative visée par l'article L 612-5 ne doit être financée que par les seuls régimes de retraite complémentaire et invalidité-décès des indépendants.

Les travaux conduits durant l'année 2019 ont par ailleurs permis de définir et préciser les modalités de gestion des activités nécessaires à la détermination de la politique de pilotage du régime de retraite complémentaire et d'invalidité-décès des artisans et commerçants et à la gestion opérationnelle des placements financiers et immobiliers constitutifs des réserves de ces régimes. La LFSS 2020 a précisé cette répartition entre CNAV et ACOSS pour le régime de retraite complémentaire des indépendants ; elle a cependant omis de préciser que cette même répartition s'appliquait également au régime invalidité décès des indépendants. Les éléments de légistique corrigent cette omission.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

• Financement de la branche autonomie

La constitution d'une nouvelle branche pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, de même que la qualification de la CNSA en tant que caisse de sécurité sociale, impliquent de revoir les modalités de financement de cette dernière.

Aujourd'hui, la première ressource de la CNSA est constituée d'une dotation ONDAM, versée par la CNAM, dont l'objectif est de couvrir un large pan des dépenses médico-sociales auxquelles elle fait face. En devenant caisse de sécurité sociale, la CNSA doit percevoir des ressources propres et le versement d'une telle dotation n'est plus pertinent. En contrepartie de la suppression de cette dotation, l'affectation de nouvelles ressources propres à la CNSA doit donc être organisée.

La mesure proposée vise ainsi à affecter une fraction supplémentaire du produit de la CSG à la CNSA dès le 1^{er} janvier 2021 afin qu'elle dispose d'un financement propre, permettant de couvrir l'ensemble des dépenses de son périmètre. La branche nouvellement constituée étant consacrée aux prestations liées au soutien à l'autonomie des personnes âgées et handicapées, qui correspond à un risque auquel chacun peut se trouver confronté, le choix de la CSG se justifie par son caractère universel, qui apparaît cohérent avec l'objectif de la nouvelle branche.

En 2020, 0,23 point de la CSG sur les revenus d'activité est versé à la CNSA. À compter du 1^{er} janvier 2024, conformément à l'article 3 de la loi n°2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, une fraction supplémentaire de 0,15 point de CSG sur les revenus d'activité, de remplacement et de capital sera transférée de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) à la CNSA. Par souci de simplification et de lisibilité, l'affectation d'une recette propre à la CNSA en 2021 repose sur une attribution d'une fraction de CSG portant sur l'ensemble des assiettes, à l'exception de celles sur les gains des jeux.

Ainsi, une partie des recettes de CSG perçues par l'Assurance Maladie et par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) sera transférée à la CNSA à compter de 2021 à la place de la contribution ONDAM de la branche maladie. Dans la mesure où le FSV n'entretient aucun lien avec les prestations qui incombent à la CNSA, ce transfert sera compensé par le versement d'une fraction du produit de la CSG sur les pensions de retraites et d'invalidité au taux normal et au taux médian de la CNAM au FSV.

Enfin, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), prestation jusqu'alors financée par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) pour un coût estimé à 1,21 Md € (hors frais de gestion), intègre le périmètre de la CNSA à compter de 2021. Ce transfert de l'AEEH vers la branche autonomie doit conduire à transférer les recettes correspondantes à la caisse. Ce montant est donc intégré à la CSG réaffectée de la CNAM vers la CNSA, une fraction de taxe sur les salaires correspondante étant par conséquent transférée de la CNAF à la CNAM pour compenser la perte auprès de cette dernière.

Les dépenses de la CNSA que le présent article vise à couvrir en 2021 sont estimées de la manière suivante :

En millions d'euros

CSG activité perçue par la CNSA	2 292
Transfert de l'Assurance Maladie au titre de la dotation ONDAM	22 795
Mesures Ségur de la Santé – hors investissement	1 717
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	1 211
Dépenses à financer par l'affectation de CSG	28 015

Les tableaux suivants détaillent les évolutions de répartition de l'attribution de la CSG :

Avant l'entrée en vigueur de la mesure	CNAM	CNAF	CNAV	FSV	CNSA	CADES	Unédic	Total
CSG sur les revenus d'activité	5,95	0,95	-	-	0,23	0,60	1,47	9,20
CSG sur les pensions de retraites et d'invalidité – taux normal	4,77	0,95	-	1,98	-	0,60	-	8,30
CSG sur les pensions de retraites et d'invalidité – taux médian	3,07	0,95	-	1,98	-	0,60	-	6,60
CSG sur les pensions de retraites et d'invalidité – taux réduit	3,20	-	-	-	-	0,60	-	3,80
CSG sur les allocations chômage et les indemnités journalières – taux normal	4,65	0,95	-	-	-	0,60	-	6,20
CSG sur les allocations chômage et les indemnités journalières – taux réduit	3,20	-	-	-	-	0,60	-	3,80
CSG sur les revenus du capital	-	-	-	8,60	-	0,60	-	9,20
CSG sur les gains des jeux	5,30	0,68	-	-	-	0,22	-	6,20

Après l'entrée en vigueur de la mesure	CNAM	CNAF	CNAV	FSV	CNSA	CADES	Unédic	Total
CSG sur les revenus d'activité	4,28	0,95	-	-	1,90	0,60	1,47	9,20
CSG sur les pensions de retraites et d'invalidité – taux normal	1,93	0,95	-	2,92	1,90	0,60	-	8,30
CSG sur les pensions de retraites et d'invalidité – taux médian	0,23	0,95	-	2,92	1,90	0,60	-	6,60
CSG sur les pensions de retraites et d'invalidité – taux réduit	1,30	-	-	-	1,90	0,60	-	3,80
CSG sur les allocations chômage et les indemnités journalières – taux normal	2,75	0,95	-	-	1,90	0,60	-	6,20
CSG sur les allocations chômage et les indemnités journalières – taux réduit	1,30	-	-	-	1,90	0,60	-	3,80
CSG sur les revenus du capital	-	-	-	6,70	1,90	0,60	-	9,20
CSG sur les gains des jeux	5,30	0,68	-	-	-	0,22	-	6,20

• **Le transfert du financement de l'ASI et des PAEJ de l'Etat à la sécurité sociale**

Le transfert de l'ASI à l'assurance maladie nécessite de définir un nouveau circuit de financement des dépenses d'ASI. Ces dépenses seront retracées au sein du Fonds spécial invalidité, créée au sein de la CNAM. Le fonds procédera à des remboursements des différents régimes servant l'allocation supplémentaire d'invalidité et bénéficiera pour financer ces dépenses d'une fraction de la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

Le présent article affecte à ce fonds une fraction de TSA, actuellement affectée à la branche maladie, à hauteur de ses charges. La branche maladie est pour sa part compensée par la majoration de la fraction de TVA qui lui est affectée (article 30 du PLF).

Par ailleurs, le financement des Points accueil écoute jeune (PAEJ), qui s'élève à 8,9 millions d'euros, et qui était jusqu'à présent assuré par l'État, est confié à la CNAF à compter de 2021. L'Etat compense cette nouvelle charge par la majoration à due concurrence de la TVA affectée à la CNAM. Le montant correspondant est reversé par le biais d'une fraction de taxe sur les salaires actuellement affectée à la CNAM, vers la CNAF afin de compenser cette dernière.

• **Rétablissement de la référence à la COTAM en tant que ressource de la branche Maladie**

Par souci de coordination juridique, la présente mesure vise à rétablir la référence à la COTAM en tant que ressource de la branche Maladie au sein du code de la sécurité sociale.

• **Finalisation de la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants**

Le présent article met en œuvre deux mesures.

La première met en cohérence les modalités de financement des dépenses nécessaires à la gestion administrative du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants avec le décret du 26 février 2020 relatif aux modalités d'imputation des charges de gestion administrative liées à la mise en œuvre de la sécurité sociale pour les travailleurs indépendants ; la mesure corrige donc les dispositions initiales de la loi en précisant que la dotation qui couvre ces dépenses de gestion administrative est attribuée par les seuls régimes de retraite complémentaire et invalidité-décès des indépendants.

La seconde rectifie une omission du dispositif législatif relatif au régime invalidité-décès des indépendants : de la même manière que la LFSS 2020 a précisé la répartition des activités relatives au régime de retraite complémentaire des travailleurs indépendants (travaux et études nécessaires à la détermination de la politique de pilotage du régime, gestion financière des placements, des biens meubles et immeubles constitutifs des réserves) entre CNAV et ACOSS, la LFSS 2021 précise que cette même répartition s'applique aux activités relatives au régime invalidité-décès.

b) Autres options possibles

• **Financement de la branche autonomie**

Il aurait pu être proposé de remplacer la dotation versée par la CNAM à la CNSA par l'attribution d'une fraction de CSG bénéficiant actuellement uniquement à l'Assurance Maladie et au non au FSV, ce qui aurait correspondu à une partie du produit de la CSG sur les revenus d'activités, sur les revenus de remplacement et sur les gains des jeux. Cette option n'a pas été retenue car elle aurait conduit à complexifier la clé d'affectation de la CSG à la CNSA. Avec la présente mesure, la fraction de CSG affectée à la CNSA, en nombre de points, est identique quelle que soit l'assiette concernée.

Il aurait également pu être décidé de transférer de la CSG sur les revenus du capital non pas du FSV, mais de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) à la CNSA. Cette option n'est toutefois pas recevable dans la mesure où elle aurait remis en cause le schéma financier de la CADES prévu par la loi n°2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure modifie les recettes affectées aux régimes obligatoires de base et aux organismes concourant à leur financement pour l'année à venir, rattachant cette mesure au 1° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de sécurité sociale.

Les 2 mesures relatives à la finalisation de la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants ont pour incidence de modifier les éléments à la charge du régime général de sécurité sociale : minoration des dépenses en ce qui concerne le financement de la dotation de gestion administrative du CPSTI par mise à la charge des seuls régimes de retraite complémentaire et invalidité décès des indépendants et activités confiées à la CNAV et à l'ACOSS pour ce qui concerne la gestion du régime invalidité décès se traduisant par un accroissement des charges du régime général, activités dont les coûts seront refacturés au CPSTI.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Sans objet.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Articles L. 131-8, L. 241-2, L. 612-5 et L. 635-4-1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Sans objet pour les dispositions financières générales.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

• *Financement de la branche autonomie*

Une fraction supplémentaire du produit de la CSG sur toutes les assiettes sera affectée à la CNSA à compter du 1^{er} janvier 2021 afin de couvrir :

- La part de l'objectif global de dépenses qui était financé jusqu'alors par l'Assurance Maladie par l'intermédiaire de la dotation ONDAM (22,8 milliards d'euros). Elle inclut le financement des mesures annoncées lors de la conférence nationale du handicap en février 2020 (50 millions d'euros).
- Les dépenses en matière d'autonomie des mesures négociées lors du Ségur de la Santé, à l'exception de celles qui portent sur les investissements (1,72 milliards d'euros) ;
- L'intégration de l'AAEH à la branche autonomie (1,21 milliard d'euros) ;

La présente mesure revient à retirer à la CNAM une partie de ses ressources, qui correspond toutefois aux dépenses dont elle sera désormais libérée puisqu'elle n'aura plus à financer la dotation ONDAM. La mesure compense également la perte du transfert de CSG capital pour le FSV, par un transfert d'une fraction du produit de la CSG sur les pensions de retraites et d'invalidité au taux normal et au taux médian.

Le transfert de l'AAEH vers la branche autonomie conduit également à transférer les recettes correspondantes à la CNSA. Ce montant étant intégré à la CSG réaffectée de la CNAM vers la CNSA, une fraction de taxe sur les salaires équivalente est transférée de la CNAF à la CNAM pour compenser la perte auprès de cette dernière.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
CNAM					
Affectation de TVA au titre de la compensation du transfert des PAEJ (article PLF)		+ 9			
Réaffectation de CSG vers la CNSA		- 23 169			
Réaffectation de CSG vers le FSV		- 2 554			
Transfert de TS à la CNAF pour neutraliser le transfert des PAEJ		- 9			
Transfert de TS depuis la CNAF pour neutraliser le transfert de l'AAEH		+ 1 211			
CNAV	-	-	-	-	-
CNAF					
Transfert de TS depuis la CNAM pour neutraliser le transfert des PAEJ		+9			
Transfert de TS à la CNAM pour neutraliser le transfert de l'AAEH		- 1 211			
CNSA					
Transfert de CSG depuis la CNAM		+ 23 169			
Transfert de CSG depuis le FSV		+ 2 554			
FSV					
Transfert de CSG vers la CNSA		- 2 554			
Transfert de CSG depuis la CNAM		+ 2 554			

• Finalisation de la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants

La mesure relative au financement de la dotation de gestion administrative du CPSTI a pour incidence que les 2,7 M€ prévus pour l'année 2020 seront financés par les seuls régimes de retraite complémentaire et invalidité décès des indépendants ; les branche maladie et retrait du régime général ne contribueront pas au financement de la dotation.

Les activités de gestion liées au régime invalidité décès des indépendants et qui sont confiées au régime général (CNAV et ACOSS) ont pour conséquence d'accroître la charge opérationnelle des 2 caisses nationale et feront donc l'objet d'une refacturation au CPSTI.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

Sans objet.

b) Impacts sociaux

Sans objet.

• *Impact sur les jeunes*

Sans objet.

• *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Sans objet.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Sans objet.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Sans objet.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Sans objet.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 131-8 du code de la sécurité sociale	Article L. 131-8 du code de la sécurité sociale modifié
<p>Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p> <p>1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 53,37 % ; - à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 27,57 % ; - à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 19,06 % ; <p>2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;</p> <p>3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé :</p> <p>a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis du même article L. 136-8 ; - 0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ; <p>b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5,95 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ; - 5,30 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ; - 4,65 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ; - 4,77 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ; - 3,2 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ; - 3,07 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ; <p>c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,22 % ;</p> <p>d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-</p>	<p>Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :</p> <p>1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 53,37 % ; - à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 19,09 % 27,57 % ; - à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 27,54 % 19,06 % ; <p>2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;</p> <p>3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé :</p> <p>a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis du même article L. 136-8 ; - 0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ; <p>b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4,28 % 5,95 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ; - 5,30 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ; - 2,75 % 4,65 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ; - 1,93 % 4,77 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ; - 1,30 % 3,2 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ; - 0,23 % 3,07 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ; <p>c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,22 % ;</p> <p>d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les</p>

<p>8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;</p> <p>e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II et du III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 1,98 % ;</p> <p>f) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 0,23 % ;</p> <p>3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 8,6 % ;</p> <p>b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ;</p> <p>3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;</p> <p>b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ;</p> <p>4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14 et L. 137-18 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;</p> <p>7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,50 % ;</p> <p>b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,50 %</p> <p>8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le produit de cette même taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1 à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le solde du produit de la taxe est affecté à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2.</p> <p>9° Une fraction de 27,74 % de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires, est affectée :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 22,56 points ;</p> <p>b) A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de ses missions prévues aux 7° et 7° bis de l'article L. 225-1-1, à concurrence de 5,18 points.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les</p>	<p>revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;</p> <p>e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II et du III bis de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 2,92 % 1,98 % ;</p> <p>f) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I de l'article L. 136-8, aux 1° et 2° du II, au III et au III bis dudit article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 1,90 % 0,23 % ;</p> <p>3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :</p> <p>a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 6,70 % 8,6 % ;</p> <p>b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ;</p> <p>c) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,90 % ;</p> <p>3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;</p> <p>b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ;</p> <p>4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14 et L. 137-18 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;</p> <p>6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;</p> <p>7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,50 % ;</p> <p>b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,50 %</p> <p>8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le produit de cette même taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1 à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le solde du produit de la taxe est affecté à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2.</p> <p>Le produit de la taxe mentionnée au I. de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1.</p> <p>Le produit de cette même taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II. de l'article L. 862-4 est affecté :</p>
---	---

<p>affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>	<p>- au fonds mentionné à l'article L. 862-1 à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits</p> <p>- au fonds mentionné à l'article L. 815-26 à hauteur de ses charges</p> <p>- à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 à hauteur du solde du produit résultant des affectations mentionnées aux deux alinéas précédents</p> <p>9° Une fraction de 27,74 % de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires, est affectée :</p> <p>a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 22,56 points ;</p> <p>b) A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de ses missions prévues aux 7° et 7° bis de l'article L. 225-1-1, à concurrence de 5,18 points.</p> <p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.</p>
<p>Article L. 241-2 du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 241-2 du code de la sécurité sociale modifié</p>
<p>I. La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article <u>L. 160-1</u>, des prestations mentionnées aux titres II à IV et VI du livre III, des frais de gestion et des autres charges de la branche maladie est assurée par les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées aux II à IV du présent article centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations.</p> <p>II. Les ressources mentionnées au I sont constituées de cotisations acquittées, dans chacun des régimes :</p> <p>1° Par les employeurs des professions agricoles et non agricoles ;</p> <p>2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non salariées des professions agricoles ;</p> <p>3° Par les personnes mentionnées aux articles <u>L. 380-2</u> et <u>L. 380-3-1</u>.</p> <p>III. Les ressources mentionnées au I du présent article sont également constituées de cotisations assises sur les revenus mentionnés à l'article <u>L. 131-2</u>.</p> <p>IV. Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées des impositions et remboursements suivants attribués à la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général :</p> <p>1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article <u>L. 131-8</u>, dans les conditions fixées par ce même article ;</p> <p>2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application de l'article <u>L. 331-8</u> et du II de l'article <u>L. 623-1</u> ;</p> <p>3° Une fraction de la taxe sur la valeur ajoutée, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 ;</p> <p>4° (Abrogé) ;</p> <p>5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles <u>L. 137-20</u>, <u>L. 137-21</u> et <u>L. 137-22</u> ;</p>	<p>I. La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article <u>L. 160-1</u>, des prestations mentionnées aux titres II à IV et VI du livre III, des frais de gestion et des autres charges de la branche maladie est assurée par les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées aux II à IV du présent article centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations.</p> <p>II. Les ressources mentionnées au I sont constituées de cotisations acquittées, dans chacun des régimes :</p> <p>1° Par les employeurs des professions agricoles et non agricoles ;</p> <p>2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non salariées des professions agricoles ;</p> <p>3° Par les personnes mentionnées aux articles <u>L. 380-2</u> et <u>L. 380-3-1</u> ;</p> <p>4° Par les personnes mentionnées à l'article L. 131-9.</p> <p>III. Les ressources mentionnées au I du présent article sont également constituées de cotisations assises sur les revenus mentionnés à l'article <u>L. 131-2</u>.</p> <p>IV. Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées des impositions et remboursements suivants attribués à la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général :</p> <p>1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article <u>L. 131-8</u>, dans les conditions fixées par ce même article ;</p> <p>2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application de l'article <u>L. 331-8</u> et du II de l'article <u>L. 623-1</u> ;</p> <p>3° Une fraction de la taxe sur la valeur ajoutée, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 ;</p> <p>4° (Abrogé) ;</p>

<p>6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ;</p> <p>7° Les droits perçus au titre des articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du code général des impôts et de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ;</p> <p>8° Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 dans les conditions fixées par l'arrêté mentionné au 8° de l'article L. 131-8 ;</p> <p>9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au b du 3° de l'article L. 131-8 ;</p> <p>10° Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 862-4-1.</p>	<p>5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 ;</p> <p>6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ;</p> <p>7° Les droits perçus au titre des articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du code général des impôts et de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ;</p> <p>8° Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 dans les conditions fixées par l'arrêté mentionné au 8° de l'article L. 131-8 ;</p> <p>9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au b du 3° de l'article L. 131-8 ;</p> <p>10° Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 862-4-1.</p>
<p>Article L. 612-5 du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 612-5 du code de la sécurité sociale modifié</p>
<p>Les dépenses nécessaires à la gestion administrative du conseil mentionné à l'article L. 612-1 sont couvertes par une dotation annuelle attribuée par les branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et les régimes mentionnés aux articles L. 632-1 et L. 635-1.</p>	<p>Les dépenses nécessaires à la gestion administrative du conseil mentionné à l'article L. 612-1 sont couvertes par une dotation annuelle attribuée par les branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et les régimes mentionnés aux articles L. 632-1 et L. 635-1.</p>
<p>Article L. 635-4-1 du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 635-4-1 du code de la sécurité sociale modifié</p>
<p>[...]</p> <p>La Caisse nationale d'assurance vieillesse mène les travaux et études nécessaires à la détermination de la politique de pilotage du régime mentionné à l'article L. 635-1 par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. La gestion financière des placements, des biens meubles et immeubles constitutifs des réserves de ce régime, ainsi que la passation des marchés qui en découlent, sont assurées par l'Agence centrale de organismes de sécurité sociale qui dispose à ce titre d'un mandat général pour effectuer les opérations afférentes. La gestion financière des placements, des biens meubles et immeubles constitutifs des réserves de ce régime, ainsi que la passation des marchés qui en découlent, sont assurées par l'Agence centrale de organismes de sécurité sociale qui dispose à ce titre d'un mandat général pour effectuer les opérations afférentes. Un ou des protocoles entre ces organismes et le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, approuvés par l'Etat, précisent les engagements de service et modalités d'information et d'échange liés à ces missions. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret.</p>	<p>[...]</p> <p>La Caisse nationale d'assurance vieillesse mène les travaux et études nécessaires à la détermination de la politique de pilotage des régimes mentionnés aux articles L. 632-2 et du régime mentionné à l'article L. 635-1 par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. La gestion financière des placements, des biens meubles et immeubles constitutifs des réserves de ces régimes ce régime, ainsi que la passation des marchés qui en découlent, sont assurées par l'Agence centrale de organismes de sécurité sociale qui dispose à ce titre d'un mandat général pour effectuer les opérations afférentes. Un ou des protocoles entre ces organismes et le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, approuvés par l'Etat, précisent les engagements de service et modalités d'information et d'échange liés à ces missions. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret.</p>

Article 25 – Revalorisation des carrières des personnels non médicaux dans les établissements de santé et les EHPAD

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

En premier lieu, la mesure de revalorisation salariale sera appliquée de manière rétroactive à partir du 1er septembre 2020 pour les personnels relevant des autres catégories que la fonction publique hospitalière, pour lesquels un décret a permis le versement du complément de traitement indiciaire dès septembre 2020. Le caractère rétroactif de la mesure ainsi que le caractère obligatoire de la dépense pour les collectivités territoriales imposent qu'un vecteur législatif soit utilisé.

En second lieu, le nouveau complément de traitement indiciaire doit être soumis à cotisations et pris en compte dans le calcul des droits à la retraite des agents bénéficiaires. Il est ainsi envisagé de créer un supplément de pension dédié, applicable aux assurés ayant demandé la liquidation de leur pension à compter du 1er septembre 2020. Cette mesure relève du niveau législatif. En effet, s'agissant des fonctionnaires territoriaux travaillant en EHPAD, une disposition législative est indispensable pour déroger à l'article 119 de la loi du 26 janvier 1984 portant statut de la FPT qui prévoit que le régime de retraite des personnels des collectivités territoriales et de leurs établissements publics affiliés à la CNRACL ne peut pas prévoir d'avantages supérieurs à ceux consentis par le régime de retraite des personnels de l'Etat. Par ailleurs, pour les fonctionnaires de l'Etat, l'assiette du régime spécial relève du niveau législatif du code des pensions civiles et militaires de retraite (CPCMR). Les agents du service de santé des armées (SSA) doivent donc également faire l'objet d'une mesure législative afin de bénéficier des droits à la retraite afférents au complément de traitement indiciaire. Enfin, la création du supplément de pension pour l'ensemble des bénéficiaires est rétroactive au 1er septembre 2020 et nécessite ainsi d'être prévue par la loi. D'autre part, la structure budgétaire des EHPAD prévue au I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles précise la répartition des charges de personnels entre les différents tarifs, « soins », « dépendance » et « hébergement » :

- Sur le forfait soins exclusivement, le médecin coordonnateur, le personnel médical, le pharmacien et les auxiliaires médicaux assurant les soins, à l'exception des diététiciens ;
- De façon partagée entre le forfait soins et dépendances, les aides-soignants, les aides médico-psychologiques et les accompagnateurs éducatifs et sociaux ;
- Sur le forfait dépendance exclusivement, les psychologues ;
- De façon partagée entre le forfait dépendances et les tarifs « hébergements », le personnel affecté aux fonctions de blanchissage, de nettoyage et de service des repas ;
- Sur les tarifs « hébergement » exclusivement, le personnel assurant l'accueil, l'animation, l'entretien, la restauration et l'administration générale.

La mise en œuvre de ces revalorisations salariales conduirait, en l'absence de mesure législative, à augmenter les dépenses des départements, ainsi que le reste à charge des résidents. Une mesure législative est nécessaire pour déroger à la répartition des charges et éviter de se retrouver dans cette situation.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

La mesure proposée a pour objet de revaloriser la rémunération mensuelle des personnels non médicaux des établissements sanitaires y compris les hôpitaux d'instruction des armées, de l'institution nationale des invalides et des EHPAD publics relevant de la fonction publique notamment afin d'en renforcer l'attractivité.

Pour les fonctionnaires de ces établissements, un complément de traitement indiciaire sera attribué de manière pérenne, selon une régularité mensuelle, pour un total de 49 points, attribué selon le calendrier suivant :

- dans un premier temps, relèvement de la rémunération de 90 euros nets par mois à compter du 1er septembre 2020,
- puis de 93 euros nets supplémentaires par mois à compter du 1er mars 2021.

Les agents contractuels de droit public et les ouvriers des établissements industriels de l'Etat de ces établissements bénéficieront soit de ce même complément de traitement indiciaire si leur rémunération est calculée sur un indice majoré, soit de l'attribution d'un montant équivalent au complément de traitement indiciaire, dans les mêmes conditions de mise en œuvre que celles prévues pour les fonctionnaires. Les modalités d'attribution du complément indiciaire seront fixées par décret.

Les personnels médicaux, c'est-à-dire les professionnels exerçant la profession de médecin, chirurgien-dentiste ou pharmacien, ainsi que les personnels médicaux en formation (internes, étudiants de 2^{ème} cycle) ne sont pas concernés par la mesure de revalorisation salariale car des accords distincts ont été signés pour ces professionnels dans le cadre du Ségur de la santé en prévoyant des mesures, notamment de revalorisation salariale, spécifiques.

Les personnels de l'administration pénitentiaire ne sont pas non plus inclus dans le champs d'application de la mesure. En effet, ils exercent des missions de nature différente de celles des autres agents en fonction dans les établissements

publics de santé. En outre, ils bénéficient d'un régime indemnitaire spécifique ouvrant droit à pension, qui prend en compte les sujétions particulières liées à leurs fonctions et qui est conservé lorsqu'ils exercent au sein des établissements publics de santé.

Dans le secteur médico-social, la mesure s'applique aux personnels exerçant en Ehpad, établissements pour lesquels la question de l'attractivité est particulièrement sensible en comparaison des autres établissements du secteur.

Le secteur des personnes âgées doit en effet faire face à des difficultés de recrutement importantes (44 % des EHPAD déclarent ainsi rencontrer des difficultés de recrutement¹). Il apparaît d'ailleurs que dans le secteur privé non lucratif, le secteur des personnes âgées reste celui dans lequel il est le plus difficile de recruter (47 % des établissements ont rencontré des difficultés de recrutement, contre 39 % dans le domaine du handicap ou 26 % dans le champ de la protection de l'enfance²).

Comme présenté dans le rapport de Dominique Libault, l'absentéisme touche massivement les métiers du grand âge. Dans les EHPAD, le taux d'absentéisme médian (hors formation) atteint 10 % en 2016. À titre de comparaison, la médiane nationale s'établit à 8,8 % pour l'ensemble des établissements et services médico-sociaux (englobant les établissements et services pour les personnes en situation de handicap). Le taux de rotation constaté dans les EHPAD traduit également des difficultés spécifiques avec un taux médian national de 9,3 %, contre 8,3 % pour l'ensemble des ESMS, l'écart des EHPAD avec les autres ESMS étant réduit par le poids que représentent les EHPAD dans la totalité des établissements (plus du tiers).

Ces médianes masquent également des difficultés encore plus marquées pour un nombre conséquents d'EHPAD. Ainsi, le troisième quartile des EHPAD (ce qui permet d'écarter les 25 % d'EHPAD affichant les taux les plus élevés, avec l'intégration d'établissements hors normes qui peuvent biaiser les résultats), les taux d'absentéisme médians sont encore plus conséquents et particulièrement préoccupants sur certains territoires. À titre d'illustration, en retenant des départements urbains, plutôt ruraux ou intermédiaires, les taux médians constatés sont respectivement de 14,5 % dans l'Essonne, 18,16 % dans la Creuse ou 14,4 % en Savoie.

Ce déficit d'attractivité a par ailleurs été signalé dans le cadre de la mission sur les métiers du grand âge confiée à Myriam El-Khomri en 2019. Les nombreuses auditions et visites de terrain qui ont été menées ont permis d'avoir la confirmation unanime des employeurs du secteur de leurs difficultés fortes de recrutement.

Pour permettre la prise en compte du complément de traitement indiciaire dans les droits à la retraite des agents bénéficiaires, il est envisagé de créer un supplément de pension dédié.

La mesure proposée vise également à déroger à la répartition des charges de personnel entre les trois sections tarifaires des EHPAD, afin de permettre un financement sur la section « soins » du montant des revalorisations négociées par le Ségur de la santé pour l'ensemble du personnel concerné par ces revalorisations et afin de ne pas alourdir les dépenses à la charge des conseils départementaux ou des résidents eux-mêmes.

b) Autres options possibles

Le complément de traitement indiciaire sera pris en compte dans le calcul des droits à la retraite des agents bénéficiaires de la même façon qu'une revalorisation indiciaire. Les points acquis au titre du complément de traitement indiciaire seront valorisés dans les mêmes conditions que ceux acquis au titre du traitement indiciaire ou de la solde. Aucune durée de perception minimale ne conditionnera l'ouverture des droits au supplément de pension. Ainsi, un fonctionnaire percevant le complément de traitement indiciaire à compter de septembre 2020 et liquidant sa pension pour en bénéficier en octobre 2020 verra sa pension calculée en intégrant l'intégralité des points d'indice supplémentaires obtenus grâce au complément indiciaire au titre de septembre 2020.

Une autre option aurait pu être de prendre en compte le complément de traitement indiciaire dans le calcul des droits à la retraite de façon proratisée afin de moduler l'octroi de l'avantage en fonction de la durée de perception du complément indiciaire en s'inspirant par exemple des dispositions de la nouvelle bonification indiciaire.

S'agissant de la possibilité de faire financer intégralement l'impact de ces revalorisations sur les charges des EHPAD par la section soins, compte tenu de la nécessité de déroger à l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, il n'y a pas d'alternative à une mesure législative.

L'alternative aurait été de laisser le financement de la revalorisation découlant du Ségur de la santé à la charge des départements pour la section dépendance et des résidents eux-mêmes pour la section hébergement, ce qui n'apparaît pas souhaitable.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

En raison de ses effets d'augmentation de la masse salariale des établissements et de son caractère pérenne, la mesure peut figurer dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, tel que prévu au V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

La création du supplément de pension a un impact sur l'équilibre financier des régimes de la fonction publique. En application du B et du C du V de l'article LO. 111-3 du CSS, elle trouve ainsi sa place en LFSS.

¹ DREES, 2018, Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD

² Unifaf, Enquête Emploi 2019

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

Le conseil d'administration de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) sera en outre informé de la mesure.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Sans objet

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen dans la mesure où il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences spécifiques sur ce sujet. De plus, la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Le droit applicable à la fonction publique en matière de rémunération n'est pas régi par des dispositions codifiées, la création du supplément de pension ne nécessite pas d'être codifiée.

L'article L.314-2 du code de l'action sociale et des familles doit être modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Collectivités d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Application de la mesure (principe d'identité législative)
Mayotte	Application de la mesure (principe d'identité législative)
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Application de la mesure (principe d'identité législative)
Saint-Pierre-et-Miquelon	Application de la mesure (principe d'identité législative)
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'estimation de l'impact financier résulte de l'application de la valeur du point de la fonction publique au nombre de points d'indices majorés attribués par le complément de traitement indiciaire pour l'ensemble des effectifs des établissements concernés qui se décompose de la manière suivante :

- **Personnels de la fonction publique hospitalière en établissement public de santé** : 765 318 agents ;

- **Personnels de la fonction publique hospitalière en EHPAD** : 172 479 agents ;
- **Personnels de la fonction publique territoriale en EHPAD** : 29 991 agents ;
- **Personnels dans les HIA et l'INI** : 5828 agents.

Pour les EHPAD du secteur privé, l'impact financier tient compte des effectifs de ces établissements et des taux de cotisations applicables. Les effectifs en EHPAD privé s'élèvent à 194 784 salariés.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre					
- - Maladie	-726	-3390	-365	0	0
- - AT-MP	3	20	2	0	0
- - Famille	49	233	23	0	0
- - Vieillesse (CNRACL)	140	598	-9	-129	-181
Vieillesse (RG et Ircantec)	76	387	37	0	0
(Autre : Etat, CNSA, etc.)	40	226	19	0	0

L'estimation détaillée des coûts bruts sur le secteur sanitaire et le secteur médico-social public et privé pour l'assurance maladie figure dans les tableaux ci-après :

	2020	2021	2022	Total
Sanitaire public	544 M€	2448 M€	272 M€	3264 M€
EHPAD public	135 M€	606 M€	67 M€	807 M€
Service de santé des armées	3 M€	14 M€	2 M€	19 M€
Sous total public	681 M€	3067 M€	341 M€	4090 M€
EHPAD privé	140 M€	773 M€	70 M€	983 M€
TOTAL pour la mesure EPS + SSA+ EHPAD public et privé	822 M€	3840 M€	411 M€	5073 M€

Supplément de pension

Ce supplément conduit à augmenter de 165 € la pension mensuelle brute des retraités partant à partir d'avril 2021 pour ceux ayant effectué une durée moyenne de 30 ans de carrière dans la fonction publique hospitalière, soit 72% de leur carrière totale (81 € pour ceux partant en fin d'année 2020). Au total le coût brut pour la CNRACL atteindrait 28M€ en 2021 et 181 M€ en 2024 mais ce serait plus que compensé par une augmentation des cotisations de 141 M€ en 2020, 624 M€ en 2021 et 68 M€ en 2022. L'effet de la mesure est calculé pour les pensions liquidées au titre de la vieillesse ou de l'inaptitude, sur la totalité du champ FPH et le champ concerné dans la FPT (EHPAD uniquement).

Tableau détaillé des dépenses brutes pour le régime de la CNRACL.

	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
- Vieillesse (CNRACL)	-1 M€	-28 M€	-77 M€	-129 M€	-181 M€

Pour la CNAV et l'IRCANTEC, l'effet brut de ces revalorisations sur les prestations de retraite est négligeable.

Tableau détaillé des gains en termes de cotisations par régimes :

	Maladie	CNAV	Famille	AT-MP	CNSA	CADES	CNRACL	RAFP	IRCANTEC	Hors sécu	Total

2020	81	45	42	1	2	5	141	-	6	8	332
2021	358	198	187	6	10	21	624	-	28	35	1466
2022	39	22	20	1	1	2	68	-	3	4	160
2023	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) impacts économiques

La mesure a pour objet, à terme, de revaloriser de 230 euros bruts, soit 183 euros nets par mois, la rémunération de l'ensemble des agents titulaires et contractuels des établissements publics sanitaires, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes publics ainsi que des hôpitaux d'instruction des armées et de l'institution nationale des invalides. Elle aura pour effet dans un premier temps de relever la rémunération de 90 euros nets par mois à compter du 1er septembre 2020, puis de 93 euros nets par mois à compter du 1er mars 2021.

Pour les employeurs, la mesure aura pour effet d'augmenter le coût du travail.

Le supplément de pension améliorera sensiblement le montant des pensions des agents bénéficiaires du complément de traitement indiciaire.

b) impacts sociaux

La mesure ne comporte pas d'impacts sociaux, elle bénéficie de manière égalitaire aux agents des établissements concernés, sans prise en compte de la catégorie hiérarchique ni de l'ancienneté ou du grade.

Le supplément de pension permettra de valoriser les carrières des agents ayant perçu le complément de traitement indiciaire.

• Impact sur les jeunes

La mesure n'a pas d'effet spécifique sur les jeunes ; elle est pérenne et pourra bénéficier aux nouveaux agents publics recrutés à l'avenir dans les établissements concernés.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

La mesure n'a pas d'effet spécifique sur les personnes en situation de handicap qui en bénéficieront comme tout agent public.

c) impacts sur l'environnement

La mesure n'a pas d'impact sur l'environnement.

d) impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure n'a pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes, elle sera attribuée de manière égalitaire entre les agents publics.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mesure de revalorisation trouvera à s'appliquer de manière automatique, sans que le bénéficiaire n'ait à en faire la demande. Les services chargés des ressources humaines des établissements concernés intégreront, ou feront intégrer par leur éditeur, le complément de traitement indiciaire ou son équivalent dans le système d'information des ressources humaines utilisé pour la gestion de la paye des agents.

La charge administrative qui en résulte ne pose pas de difficulté technique, l'application d'une mesure à effet rétroactif étant maîtrisée.

Le supplément de pension ne nécessite pas de démarches supplémentaires de la part de l'assuré pour demander son versement. Il sera calculé en même temps que les autres éléments composant sa pension.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Une mise à jour du système d'information des ressources humaines de l'établissement sera requise pour intégrer le nouvel élément de rémunération constitué par le complément de traitement indiciaire ou son équivalent.

Le calcul du supplément de pension nécessite une adaptation des systèmes d'information des organismes chargés de la liquidation des pensions des différents bénéficiaires du complément de traitement indiciaire (SRE, CNRACL).

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mise en œuvre par les services des ressources humaines des établissements ou l'éditeur de leur SIRH et les organismes gestionnaires de retraite pourra se réaliser à moyens constants, dans le cadre des travaux récurrents d'actualisation.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Pour mettre en œuvre le supplément de pension pour les agents affiliés à la CNRACL, une modification des décrets du 26 décembre 2003 et du 7 février 2007 relatifs au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la CNRACL qui déterminent l'assiette et les taux des cotisations et des pensions du régime spécial, est nécessaire pour prévoir la prise en compte du complément de traitement indiciaire dans la constitution et la liquidation des droits à pension. Une mise à jour de l'assiette de cotisation du RAFP par décret en Conseil d'Etat doit également être prévue en modifiant l'article 2 du décret du 18 juin 2004 relatif à la retraite additionnelle de la fonction publique.

Il en va de même pour les ouvriers des établissements industriels de l'Etat. Une modification du décret n°2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat est nécessaire.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

c) Le supplément de pension entrera en vigueur sera mis en œuvre dès le 1er octobre septembre 2020, afin de prendre en compte dans le calcul de la pension des assurés liquidant les effets du complément de traitement indiciaire perçu dès septembre 2020. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Le supplément de pension fera l'objet d'une campagne d'information de la part des organismes chargés de la liquidation des pensions des différents bénéficiaires du complément de traitement indiciaire (SRE, CNRACL).

d) Suivi de la mise en œuvre

Des échanges avec les éditeurs de paye et certains services des ressources humaines seront tenus pour accompagner la mise en œuvre de la mesure et son suivi.

Par ailleurs, cette mesure sera également suivie dans le cadre des comités de suivi des accords du Ségur qui fixe le principe de la création de ce complément de traitement.

Il sera demandé aux organismes chargés de la liquidation des pensions des différents bénéficiaires du complément de traitement indiciaire (SRE, CNRACL) de suivre la montée en charge du supplément de pension. S'agissant des EHPAD, la mise en œuvre de ces dispositions sera suivie dans l'outil HAPI de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	<p align="center">Article 25 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021</p>
	<p>I - Les fonctionnaires, militaires et agents contractuels de droit public non médicaux et ouvriers des établissements industriels de l'Etat exerçant leurs fonctions au sein d'établissements ou structures publics concourant aux missions mentionnées à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique ou au sein des établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles bénéficient d'un complément de traitement indiciaire, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Le complément de traitement indiciaire est versé à compter du 1er septembre 2020.</p> <p>Les catégories d'établissements ou de structures publics mentionnés dans le premier alinéa ainsi que les modalités d'attribution et de versement du complément de traitement indiciaire sont fixées par décret.</p> <p>II. - Les fonctionnaires de l'Etat et les militaires admis à faire valoir leurs droits à la retraite à compter du 1er septembre 2020 ayant perçu le complément de traitement indiciaire mentionné au I ont droit à un supplément de pension s'ajoutant à la pension liquidée en application des dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite.</p> <p>Ce supplément de pension est calculé dans les conditions prévues au I de l'article L. 15 de ce code en retenant au titre du traitement ou de la solde afférents à l'indice retenu, le complément de traitement indiciaire mentionné au I du présent article. Les conditions de jouissance et de réversion de ce supplément de pension sont identiques à celles de la pension elle-même. Il est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 16 du même code.</p> <p>Le complément de traitement indiciaire mentionné au I est soumis aux contributions et cotisations prévues à l'article L. 61 du même code selon les conditions fixées pour le traitement ou la solde.</p> <p>III. - Les dispositions du II sont étendues dans des conditions analogues, par décret en Conseil d'Etat, aux fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, ainsi qu'aux ouvriers des établissements industriels de l'Etat.</p>

<p align="center">Article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles</p>	<p align="center">Article L. 314-2 modifié du code de l'action sociale et des familles</p>
<p>I.-Les établissements et services mentionnés au I et au II de l'article L. 313-12 sont financés par :</p> <p>1° Un forfait global relatif aux soins prenant en compte notamment le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents mentionnés à l'article L. 314-9, validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente. Le cas échéant, ce forfait global inclut des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières, définis dans le contrat prévu au IV ter de l'article L. 313-12. Ce forfait global peut tenir compte de l'activité réalisée. Les modalités de détermination du forfait global sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>I.-Les établissements et services mentionnés au I et au II de l'article L. 313-12 sont financés par :</p> <p>1° Un forfait global relatif aux soins prenant en compte notamment le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents mentionnés à l'article L. 314-9, validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente. Le cas échéant, ce forfait global inclut des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières, définis dans le contrat prévu au IV ter de l'article L. 313-12. Ce forfait global peut tenir compte de l'activité réalisée. Les modalités de détermination du forfait global sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>

Le montant du forfait global de soins est arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé.

2° Un forfait global relatif à la dépendance, prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat, fixé par un arrêté du président du conseil départemental et versé aux établissements par ce dernier au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-8 ;

3° Des tarifs journaliers afférents à un ensemble de prestations relatives à l'hébergement, fixés par le président du conseil départemental, dans des conditions précisées par décret et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées. Ce décret détermine le contenu des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement qui ne peuvent comporter des dépenses intégrées dans les tarifs relatifs aux soins et à la dépendance cités respectivement aux 1° et 2°.

Un décret fixe la liste des prestations minimales relatives à l'hébergement, qui est dite " socle de prestations ".

Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1, à l'exception de ceux mentionnés au 4°, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6.

Les tarifs correspondant aux autres prestations d'hébergement et librement acceptées et acquittées par les résidents, à la condition qu'elles ne relèvent pas des tarifs cités aux 1°, 2° et 3°, constituent des suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement. Ils doivent être établis par l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire pour chaque catégorie homogène de prestation faisant l'objet d'un paiement par les résidents ou leurs représentants au sein de l'établissement. Les tarifs des suppléments aux tarifs journaliers doivent être communiqués aux titulaires d'un contrat de séjour ou à leurs représentants et portés à la connaissance du président du conseil départemental et du public dans des conditions fixées par décret.

Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 et les résidents non admis à l'aide sociale dans les établissements relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code, les prestations relatives aux suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6 du présent code.

II.-Pour les établissements nouvellement créés, dans l'attente d'une validation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 314-9, le forfait global relatif aux soins mentionné au 1° du I du présent article est fixé en prenant en compte le niveau de dépendance moyen départemental des résidents, fixé annuellement par arrêté du président du conseil départemental, et la moyenne nationale des besoins en soins requis, fixée annuellement par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cette validation doit intervenir dans les deux années qui suivent l'ouverture de l'établissement.

Le montant du forfait global de soins est arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé.

2° Un forfait global relatif à la dépendance, prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat, fixé par un arrêté du président du conseil départemental et versé aux établissements par ce dernier au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-8 ;

3° Des tarifs journaliers afférents à un ensemble de prestations relatives à l'hébergement, fixés par le président du conseil départemental, dans des conditions précisées par décret et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées. Ce décret détermine le contenu des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement qui ne peuvent comporter des dépenses intégrées dans les tarifs relatifs aux soins et à la dépendance cités respectivement aux 1° et 2°.

Un décret fixe la liste des prestations minimales relatives à l'hébergement, qui est dite " socle de prestations ".

Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1, à l'exception de ceux mentionnés au 4°, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6.

Les tarifs correspondant aux autres prestations d'hébergement et librement acceptées et acquittées par les résidents, à la condition qu'elles ne relèvent pas des tarifs cités aux 1°, 2° et 3°, constituent des suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement. Ils doivent être établis par l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire pour chaque catégorie homogène de prestation faisant l'objet d'un paiement par les résidents ou leurs représentants au sein de l'établissement. Les tarifs des suppléments aux tarifs journaliers doivent être communiqués aux titulaires d'un contrat de séjour ou à leurs représentants et portés à la connaissance du président du conseil départemental et du public dans des conditions fixées par décret.

Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 et les résidents non admis à l'aide sociale dans les établissements relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code, les prestations relatives aux suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6 du présent code.

I bis- Par dérogation au I, les financements complémentaires mentionnés au 1° peuvent financer des revalorisations salariales liées à l'attractivité des métiers des personnels relevant des tarifs mentionnés aux 2° et 3°.

II.-Pour les établissements nouvellement créés, dans l'attente d'une validation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 314-9, le forfait global relatif aux soins mentionné au 1° du I du présent article est fixé en prenant en compte le niveau de dépendance moyen départemental des résidents, fixé annuellement par arrêté du président du conseil départemental, et la moyenne nationale des besoins en soins requis, fixée annuellement par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cette validation doit intervenir dans les deux années qui suivent l'ouverture de l'établissement.

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l’intervention du législateur

La crise sanitaire liée à l’épidémie de Covid-19 révèle à la fois la grande réactivité du système de santé français et ses besoins structurels. Elle met en lumière les défis de transformation qu’il doit relever, l’offre de soins devant être repensée à l’échelle de chaque territoire, en garantissant la continuité des prises en charge des patients entre ville, hôpital et médico-social. Un effort massif d’investissement transversal dans le secteur de la santé (établissements de santé, secteur médico-social, numérique, projets transversaux) est une des conditions de réussite de cette transformation.

Bien que l’effort d’investissement soit dans une proportion très importante réalisé par les acteurs eux-mêmes par le biais de l’autofinancement ou du recours à l’emprunt, l’appui des échelons national et local demeure nécessaire pour **conduire certaines opérations d’ampleur contribuant à la transformation du système de santé**. Le Gouvernement a donc présenté dans les conclusions du Ségur de la santé un plan de relance de l’investissement d’un total de 6 Md€ en faveur de la santé et articulé autour de trois grandes priorités :

- Les projets hospitaliers prioritaires et les investissements ville – hôpital : 2,5 Md€ engagés sur 5 ans ;
- Le rattrapage du retard sur le numérique en santé : 1,4 Md€ sur 3 ans ;
- La transformation, la rénovation et l’équipement dans les établissements médico-sociaux : 2,1 Md€ sur 5 ans.

Cette enveloppe lissée dans le temps et articulée autour de priorités claires en matière d’investissement permettra de donner un nouveau souffle et une nouvelle direction aux projets. La logique est d’éviter l’écueil des plans massifs, souvent centralisés, et ayant pu déboucher sur un surinvestissement décalé par rapport aux besoins des territoires.

Ce plan de relance sera ainsi accompagné de la mise en place d’un nouveau dispositif, davantage déconcentré, et fondé sur **un accompagnement précoce des projets et des critères de sélectivité visant à assurer leur pertinence en lien avec les orientations et priorités territoriales fixées**.

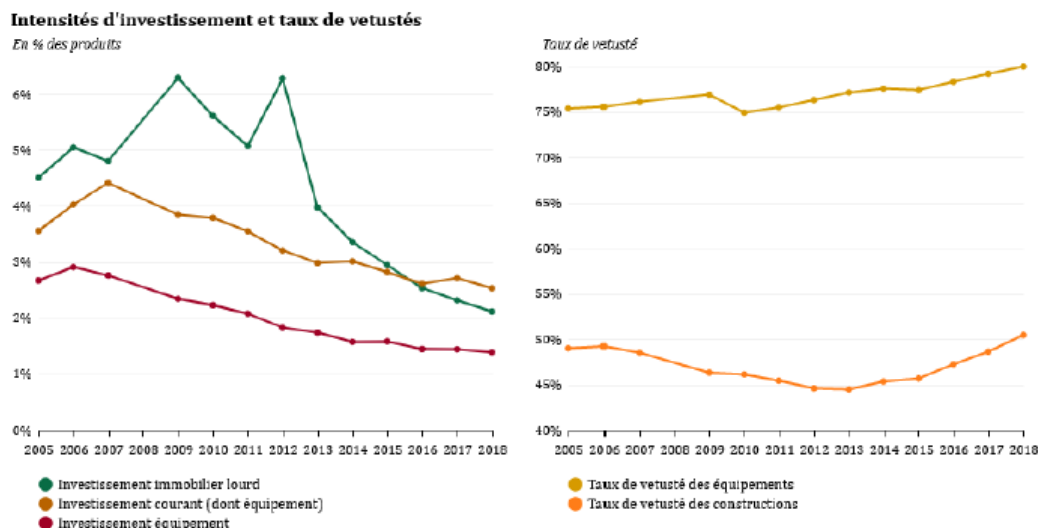
Le fonds créé par la mesure a vocation à être abondé de 3,9 Md€ au titre du plan de relance, les investissements attachés plus spécifiquement au secteur médico-social transitant par la Caisse nationale de solidarité autonomie. L’accompagnement à la transformation, à la rénovation, à l’équipement et au rattrapage numérique dans les établissements médico-sociaux, pour un montant de 2,1 Md€ sur 5 ans, sera en effet congruent de la mise en place d’une 5^{ème} branche de la sécurité sociale. C’est pourquoi, en termes de modalités techniques de financement, ces aides à l’investissement seront gérées et versées par la CNSA qui dispose de la capacité de financer de manière pluriannuelle ces projets.

• Projets hospitaliers prioritaires et projets ville-hôpital : 2,5 Md€ engagés sur 5 ans

Les données font état d’un resserrement très fort des investissements hospitaliers du fait d’un fort endettement : après un pic à 7 Md€ en 2012 à la suite des plans nationaux de soutien à l’investissement H2007 et H2012, l’investissement hospitalier a diminué jusqu’en 2018 où il ne représente plus que 3,7 Md€. Concernant l’investissement hospitalier en immobilier lourd, son intensité a connu un dernier pic en 2012 (6,2 %) avant de chuter à 2,1 % en 2018.

L’accumulation des déficits budgétaires a en effet entamé les capacités de nombreux établissements à investir. Ainsi, les ressources des établissements publics de santé (EPS) disponibles pour investir (capacité d’autofinancement-CAF) se sont dégradées entre 2005 et 2018. Après remboursement de la dette, la CAF disponible est désormais inférieure à 1% des produits, alors que les établissements devraient être en mesure d’autofinancer à minima l’investissement courant à hauteur de 3% en moyenne (seuil retenu pour qualifier le niveau nécessaire à l’entretien des infrastructures), voire une partie de leurs investissements structurants. Ainsi en 2018, 32% des établissements disposent d’une CAF après remboursement des emprunts négative.

Graphique 5 : Évolution de l'intensité d'investissement des taux de vétusté (2005-2018)



Source : Calculs pôle Science des données de l'IGF, d'après données DREES (issues des comptes financiers transmis par la DGFIP). Nota : la mission a constaté une rupture de périmètre sur l'exercice 2008, dont les données ont été exclues de l'analyse.

Cette baisse continue de l'investissement hospitalier (de 9% à 4,5% des produits) s'accompagne d'une augmentation du taux de vétusté. A titre illustratif, pour les EPS, le taux de vétusté est en hausse de 6 points par rapport à 2012.

Le plan d'investissement présenté dans le cadre des conclusions du Ségur de la santé permettra de contribuer à la relance de l'investissement, notamment de l'investissement structurant, au sein des établissements de santé publics comme privés, en complément de la reprise de la dette, dont l'utilisation sera ciblée sur la relance des investissements courants. Il vise également à soutenir les projets ville-hôpital sur les territoires. Il concernera tous les champs d'activité sanitaire, avec une attention aux problématiques de chacun, notamment la santé mentale.

Concernant la durée du plan, la période de 5 ans correspond à la période durant laquelle les crédits seraient engagés, c'est-à-dire réservés dans l'ONDAM., les décaissements des projets s'étalant au-delà, en général entre 4 et 7 ans selon la maturité du projet au point de départ et sa durée.

Il est donc proposé de modifier l'article 40 de la LFSS 2000, qui fixe actuellement une déchéance annuelle qui porte sur l'engagement par les directeurs généraux des ARS des crédits qui leur sont délégués et une déchéance triennale qui s'applique aux demandes de paiement des subventions par les établissements, en renvoyant les règles de déchéance du fonds au décret d'application, afin de mieux les aligner sur les calendriers d'exécution réelle des projets.

• Rattrapage du retard sur les standards techniques du numérique en santé : 1,4 Md€ sur 3 ans

Il est nécessaire et indispensable de pouvoir accélérer le développement des outils numériques, qui doivent permettre des gains notables en termes de coordination et d'efficacité des parcours des patients. Le bilan dressé par la délégation ministérielle du numérique en santé (DNS) fait état d'une nécessité urgente d'investir pour la mise à niveau des fondamentaux techniques (interopérabilité, réversibilité, INS, RPPS+, etc.) dans les secteurs sanitaire et médico-social. Au total 1,4 Md€ seront engagés en 3 ans afin de permettre à la France de rattraper son retard, qui est d'ores et déjà d'une dizaine d'années sur ses voisins européens.

- **800 M€ sur deux ans pour l'intégration des prérequis techniques pour la modernisation, l'interopérabilité, la réversibilité et la sécurité des SI de santé (référentiel socle).**
- **400 M€ pour le soutien à la circulation des données de santé.** Il s'agit d'inciter les soignants à utiliser les services socles, prioritairement dans les quatre cas d'usage les plus visibles pour les soignants et les citoyens : le partage du **volet de synthèse médicale** (histoire médicale du patient), des **comptes rendus d'hospitalisation** et les données des plateaux techniques : **biologie** (compte rendu + données) et **imagerie** (compte rendu + images). Toutes les données médicales doivent à la fois **alimenter le DMP** (pour pouvoir être partagées entre les professionnels et être accessibles aux citoyens) et pouvoir être **échangées par messagerie sécurisée** de façon nativement intégrée dans les logiciels des soignants.
- **200 M€ sur 3 ans pour renforcer les équipes numériques et les prestations d'accompagnement au sein des opérateurs concernés.**

• La transformation, la rénovation et l'équipement dans les établissements médico-sociaux : des crédits CNSA pour 2,1 Md€ sur 5 ans (dont 0,6 Md€ pour le numérique)

Concernant le secteur médico-social, la singularité de son mode de financement a notamment eu pour conséquence une carence chronique des investissements dans les EHPAD. Cette carence a entraîné une inadéquation du modèle bâtiminaire des établissements aux besoins des résidents et une vétusté notoire, particulièrement dans le secteur des EHPAD publics. L'objectif sera d'une part de **transformer les établissements les plus vétustes autour d'un « nouveau modèle »**, au travers d'une enveloppe de 1,5 Md€ d'aides qui permettra, en s'appuyant sur l'effet de levier, de contribuer à un effort d'investissement total de 18 Md€ à horizon 2030. Il s'agira, d'autre part, de mettre fin au sous-

investissement dans **le numérique, avec un défaut massif d'équipements les plus basiques**, bien plus critique que dans le secteur sanitaire. Le besoin de rattrapage d'urgence en équipement numérique pour le médico-social est estimé à **600 M€**.

*

Le plan de relance de l'investissement présenté par le Gouvernement dans le cadre des conclusions du Ségur de la santé a une vocation transversale au système de santé. Il apparaît en effet aujourd'hui **nécessaire de faciliter les projets d'investissement et de transformation de l'offre des soins permettant de faire évoluer le système de santé vers plus de transversalité**. Or la configuration actuelle des aides à l'investissement reste éclatée entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. Seul le fonds d'intervention régional permet actuellement une approche transversale du financement des projets mais ce vecteur n'existe pas à l'échelon national et, de plus, ne permet pas une gestion des crédits au plus près des décaissements (échancier long et spécifique s'agissant de projets majeurs d'investissement notamment immobiliers), car il fonctionne selon un principe d'annualité.

Une approche plus transversale du financement des projets d'investissement est ainsi nécessaire pour mettre en œuvre ce plan d'investissement et accompagner la transformation du système de santé.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

• Création d'un fonds pour la modernisation et l'investissement en santé par transformation de l'actuel FMESPP

Afin de servir de support à l'allocation des aides à l'investissement s'inscrivant dans le cadre du plan massif d'investissement présenté dans les conclusions du Ségur de la santé, il est proposé de créer un **fonds transversal d'investissement dédié à l'accompagnement de la transformation du système de santé**. Il serait créé par extension des missions du FMESPP et changement de sa dénomination, mais sans modification de son mode de fonctionnement et de délégation des crédits. Pour mémoire, le FMESPP a pour mission d'accompagner les établissements de santé ou les groupements de coopération sanitaire pour leurs dépenses relatives à l'investissement. Depuis 2014, près de 90% des crédits délégués par le FMESPP ont été orientés vers deux postes : les investissements immobiliers liés aux projets validés en Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) (69%) et le plan hôpital numérique (19%), les autres utilisations du fonds étant d'ampleur plus modeste.

En cohérence avec **le caractère transversal du plan d'investissement** découlant des conclusions du Ségur de la santé et de la volonté de financer davantage de projets intégrés ville-hôpital-médicosocial, l'objet du fonds serait donc revu pour l'élargir à de nouveaux bénéficiaires (établissements médico-sociaux, structures d'exercice coordonné en ville). Son nom serait modifié en conséquence pour devenir **le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS)**. Il financera désormais notamment les opérations suivantes :

- Opérations de recomposition et modernisation de l'offre de soins ;
- Projets de modernisation transversaux hôpital / établissements médico-sociaux ;
- Transformation numérique ;
- Structuration des soins de proximité.

Dans la même logique de transversalité, il sera désormais possible à la branche autonomie de contribuer, de la même façon que la branche maladie, aux ressources du fonds.

Le fonds sera donc un outil pour l'allocation des crédits aux acteurs du système de santé porteurs des projets.

Conformément aux engagements pris dans le cadre du Ségur, le choix des projets et, reposera largement sur le niveau régional et sur la participation des territoires.

Le COPERMO sera supprimé et seuls une minorité de projets (>100M€) seront étudiés au niveau national. Un nouveau conseil national de l'investissement en santé, associant des représentants des élus locaux, fixera les grandes orientations nationales.

L'organisation régionale sera adaptée à la nouvelle déconcentration opérée de façon à ce qu'un nombre plus important de projets majeurs d'investissement soient étudiés uniquement au niveau régional par les ARS, et pour permettre la conduite d'une phase d'évaluation des besoins renforcée, en lien étroit avec les élus (avec par exemple des conférences territoriales ou régionales d'investissement en santé) et favoriser d'éventuels co-financements santé/collectivités territoriales. Cette gouvernance déconcentrée devra faciliter les projets transversaux.

L'ensemble du dispositif doit permettre de s'assurer de la pertinence et de cohérence des projets, mais aussi de leur caractère novateur et de leur adéquation aux besoins territoriaux.

La délégation des crédits du nouveau fonds suivra le schéma actuel du FMESPP : une circulaire précisera l'allocation des ressources aux ARS pour le financement des projets sélectionnés selon le schéma décrit ci-dessus et les crédits seront ensuite versés aux bénéficiaires par la Caisse des dépôts (contractualisation avec l'ARS).

Enfin, la présente mesure vise également à renvoyer les règles de déchéance au niveau du décret d'application, afin d'aligner les règles de déchéance sur les calendriers d'exécution des projets.

b) Autres options possibles

Alimenter le FIR avec les crédits du plan de relance pour la part régionale : le FIR présente des limites en termes de gestion du fait de son annualité, peu compatible avec le rythme des décaissements des projets d'investissement majeurs que les crédits du plan de relance auront prioritairement vocation à financer. En outre, cela cloisonnerait et différencierait le niveau national – qui continuerait à s'appuyer sur le FMESPP – du niveau régional.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure permettra l'allocation des aides à l'investissement prévus dans le plan massif d'investissement en faveur de la santé présenté à l'occasion des conclusions du Ségur de la santé et qui seront financées par l'assurance maladie. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui, conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement à ce sujet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

b) La mesure consiste à modifier les dispositions instituant le FMESPP, qui ne sont pas codifiées. Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Collectivités d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le plan d'investissement se traduira par 6 Md€ de dépenses supplémentaires d'assurance maladie, dont 3,9 Md€ au titre des établissements de santé et du numérique qui passeront par le FMIS. Ces 6 Md€ feront cependant l'objet d'une compensation financière dans le cadre plus global du financement du plan de relance par l'Union Européenne.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie	Dépenses :	-967	-967	-967	-500
	Financement UE :	+967	+967	+967	+500
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) impacts économiques

Cette mesure rendra plus visible et plus prévisible l'effort national d'accompagnement dans les investissements, notamment des établissements de santé, ce qui permettra d'accroître leur capacité d'investissement.

b) impacts sociaux

La mesure permet la mise en œuvre d'investissements spécifiques dans des établissements et services sanitaires et médico-sociaux et contribue ainsi à l'amélioration des conditions de travail dans ceux-ci.

• *Impact sur les jeunes*

Pas d'impact spécifique

• *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Pas d'impact spécifique

c) impacts sur l'environnement

d) Pas d'impact spécifique impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

3. Pas d'impact spécifique Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) impacts sur les assurés / les redevables [selon les cas], notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Sans impact.

b) impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La gestion du FMESPP est aujourd'hui déléguée à la Caisse des dépôts et consignations, il est proposé que ce soit également le cas pour le nouveau fonds d'investissement lui succédant. Cet opérateur maîtrise les processus de subventionnement, et les relations avec les opérateurs sanitaires. En outre, les frais de gestion par la Caisse sont peu élevés (0,5% en 2014).

c) impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera mise en œuvre dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Le décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés devra être modifié afin de tenir compte des évolutions induites par la LFSS pour 2021, ce qui sera fait début 2021.

b) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

c) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre de la mesure sera suivie dans le cadre du nouveau conseil national de l'investissement en santé (CNIS).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 40 actuel de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001	Article 40 modifié de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001
<p>I.-Il est créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.</p> <p>II. (abrogé)</p> <p>III.-Ce fonds finance des dépenses d'investissement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de groupements hospitaliers de territoire.</p> <p>Il peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant fait l'objet d'un accord avec le Gouvernement de la République française et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini par le code de la santé publique. Ces établissements doivent répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière.</p> <p>III bis. - Le fonds peut financer les dépenses d'investissement des établissements mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dans la limite des crédits qui lui sont affectés en application du II de l'article 49 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006.</p> <p>III ter.-Le fonds peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.</p> <p>III quater. (abrogé)</p> <p>III quinquies.-Le fonds peut financer les missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé déléguées par le ministre chargé de la santé au groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés, mentionné à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique .</p> <p>IV.-Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis. L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante.</p> <p>L'alinéa précédent est applicable aux sommes déléguées antérieurement à la date de son entrée en vigueur.</p> <p>V.-Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et, pour 2001, à 600 millions de francs, ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III. Le versement et la répartition entre les différents régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>I.-Il est créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés pour la modernisation et l'investissement en santé. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.</p> <p>II. (abrogé)</p> <p>III.-Ce fonds finance des dépenses d'investissement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire, des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1434-12, L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, et des établissements et services médico-sociaux au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements, groupements et structures, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de groupements hospitaliers de territoire.</p> <p>Il peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant fait l'objet d'un accord avec le Gouvernement de la République française et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini par le code de la santé publique. Ces établissements doivent répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière.</p> <p>III bis. - Le fonds peut financer les dépenses d'investissement des établissements mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dans la limite des crédits qui lui sont affectés en application du II de l'article 49 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006.</p> <p>III ter.-Le fonds peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.</p> <p>III quater. (abrogé)</p> <p>III quinquies.-Le fonds peut financer les missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé déléguées par le ministre chargé de la santé au groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés, mentionné à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique .</p> <p>[III sixies.- Le fonds peut également financer l'ensemble des dépenses ayant pour objet la modernisation, l'adaptation ou la restructuration des systèmes d'information de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale.]</p> <p>IV.-Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds fixé par décret, d'au moins un an, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis fixé par décret, d'au moins un an. L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de</p>

<p>Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale et mentionnées à l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique sont versées au fonds.</p> <p>Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.</p> <p>V bis. (abrogé)</p> <p>VI.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.</p> <p>VII.-L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997) est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au VI.</p> <p>VIII.-Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse des dépôts et consignations et adressé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires.</p> <p>Le rapport annuel mentionné au premier alinéa ainsi que l'avis de la commission de surveillance du fonds sont transmis par le Gouvernement au Parlement avant le 1er octobre de chaque année.</p> <p>IX.-Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.</p>	<p>la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante.</p> <p>L'alinéa précédent est applicable aux sommes déléguées antérieurement à la date de son entrée en vigueur.</p> <p>V.-Les ressources du fonds sont constituées par le reversement des avances remboursables mentionnées au III ainsi que par une des participations des régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, et de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, d'autre part, dont les montants sont fixés chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. et, pour 2001, à 600 millions de francs. Le versement et la répartition entre les différents régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale et mentionnées à l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique sont versées au fonds.</p> <p>Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.</p> <p>V bis. (abrogé)</p> <p>VI.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.</p> <p>VII.-L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997) est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au VI.</p> <p>VIII.-Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse des dépôts et consignations et adressé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires.</p> <p>Le rapport annuel mentionné au premier alinéa ainsi que l'avis de la commission de surveillance du fonds sont transmis par le Gouvernement au Parlement avant le 1er octobre de chaque année.</p> <p>IX.-Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.</p>
--	--

Article 27 – Dotation aux établissements de santé assurant le service public hospitalier

I. Présentation de la mesure

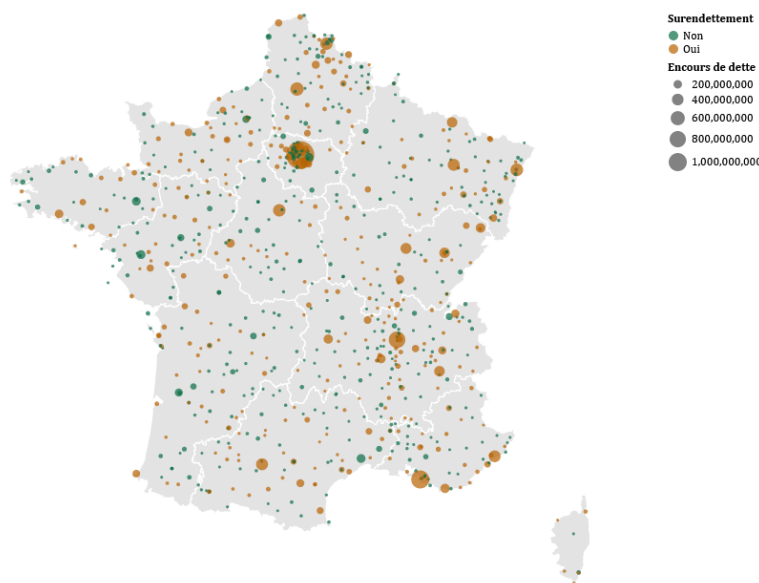
1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 révèle à la fois la grande réactivité du système de santé français et ses fragilités structurelles. Les enjeux de continuité et de qualité de l'offre de soin ainsi que de transformation des établissements assurant le service public hospitalier (soit les établissements publics de santé – EPS – et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) habilités à assurer le service public au titre de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique) n'en sont que plus vifs, l'offre de soins devant être repensée à l'échelle de chaque territoire, en garantissant notamment la continuité des prises en charge des patients entre ville, hôpital et médico-social.

Cette continuité et cette transformation ne pourront être réalisées qu'à condition de rééquilibrer le bilan de ces établissements, dont près de 41% apparaissent surendettés. La relance de l'investissement courant, garante de la continuité et de la sécurité des missions de service public assurées par les structures est un préalable à cette transformation et nécessite d'être accompagnée afin d'atteindre à minima le niveau d'investissement socle de 3% des produits. Celui-ci a été déterminé dans un rapport de l'IGAS traitant de l'investissement des établissements publics de santé (EPS) en 2013 et n'est pas atteint par plus de quatre hôpitaux publics sur cinq actuellement.

L'encours de la dette des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif (ESPIC) s'est stabilisé autour de 32,1Md€ à fin 2018, après une phase de forte croissance entre 2005 et 2014. Cette croissance de l'endettement s'explique en grande partie par la mise en œuvre de grands plans nationaux de relance de l'investissement hospitalier, qui ont en particulier favorisé les investissements immobiliers financés par de la dette bancaire. L'endettement des hôpitaux pose à présent des problèmes croissants de soutenabilité. D'après les comptes financiers 2018, 41% des établissements sont considérés comme surendettés, 42% des seuls établissements publics de santé sont donc soumis à l'autorisation préalable pour leurs emprunts. Leur encours de dette agrégé s'élevait à 23,4 Md€, soit 77 % de l'encours total. La répartition des établissements surendettés est relativement homogène à l'échelle du territoire, mais elle concerne spécifiquement les établissements de taille importante, avec 85 % des 28 EPS dont l'encours de dette est supérieur à 200 M€ en situation de surendettement.

Répartition territoriale des EPS surendettés au 31 décembre 2018



Source : Calculs pôle Science des données de l'IGF, d'après les comptes financiers 2018. Nota : seuls sont présents sur la carte les 810 EPS dont le FINESS était associé à des coordonnées géographiques.

L'accumulation des déficits budgétaires dans les EPS et la réduction des excédents dans les ESPIC ces dernières années ont accru la problématique de soutenabilité. En conséquence, les capacités de nombreux établissements à investir sont désormais réduites, et le niveau de marge à atteindre pour garantir un niveau d'investissement courant et/ou structurel suffisant n'est plus assuré pour continuer à répondre pleinement aux missions de service public hospitalier, a fortiori pour poursuivre leur transformation.

Ainsi en 2018, 32% des établissements disposent d'une capacité d'autofinancement après remboursement des emprunts négative et 83% des seuls EPS consacrent moins de 3 % de leurs produits courants de fonctionnement à l'investissement courant. Cette baisse continue de l'investissement hospitalier (de 9% à 4,5% des produits) s'accompagne d'une augmentation du taux de vétusté, qui ne se limite pas à la vétusté des locaux, mais concerne aussi les équipements.

Ces indicateurs d'endettement ont permis de calibrer au global le besoin de compensation complémentaire nécessaire à la réalisation des missions dévolues aux EPS et EBNL.

C'est pourquoi le Gouvernement a annoncé, dans le cadre du plan d'urgence pour l'hôpital présenté le 20 novembre 2019, un programme, réaffirmé dans les conclusions du Ségur de la santé, équivalent en montant à environ un tiers de la dette des hôpitaux assurant le service public hospitalier, afin de permettre aux établissements le nécessitant, que soient rapidement confortés les moyens de réaliser les missions qui leur sont dévolues, et prioritairement les investissements indispensables à leur fonctionnement ou à leur transformation, en lien le cas échéant avec des engagements nouveaux. Ce programme représente un enjeu financier d'environ 13 Md€.

La présente mesure concrétise cet engagement du Gouvernement en précisant les modalités opérationnelles du versement d'une dotation aux établissements par l'intermédiaire de la CNAM et de la CADES.

Cette mesure nécessite l'intervention du législateur pour fixer les modalités de mise en œuvre de la dotation, de son suivi et de son contrôle. Elle pose également un cadre contractuel nouveau entre les établissements de santé et les agences régionales de santé nécessaire afin de décliner, d'encadrer et de sécuriser l'attribution de cette dotation pour chaque établissement.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

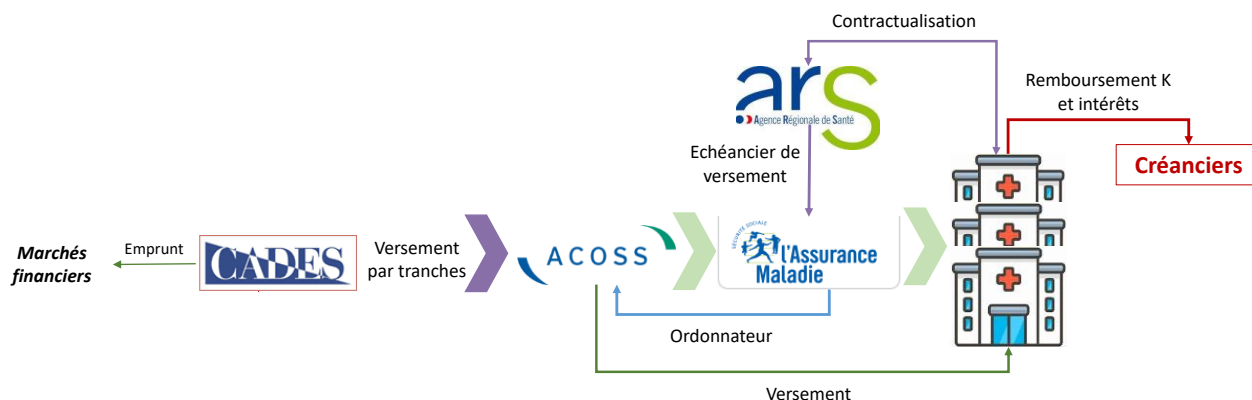
a) Mesure proposée

Tenant compte de la situation financière dégradée des ESPSPH, dont l'accroissement de la dette est à la fois une conséquence et une cause, la mesure vise d'une part à compléter la compensation des établissements pour les charges liées à l'exercice du service public hospitalier et d'autre part à contribuer à la compensation des objectifs nouveaux qui leur seront fixés dans le cadre de la contractualisation associée à cette mesure et tenant compte de la situation particulière de chaque établissement.

Les modalités de ce programme s'appuient sur les conclusions de la mission confiée au cours du premier trimestre 2020 à l'IGAS et à l'IGF.

Ainsi les établissements de santé publics et privés assurant le service public hospitalier qui seront volontaires pour s'engager dans cette mesure pourront, constater à leur bilan l'engagement de l'Etat à verser chaque année une dotation, dans la limite pour chaque établissement des remboursements en capital et des frais financiers relatifs aux encours constatés au 31/12/2019, pour un montant total atteignant environ 13 Md€.

D'un point de vue opérationnel, le versement de la dotation sera calqué sur les échéances d'emprunt des établissements en capital et en intérêts, afin d'avoir un impact direct sur les moyens de financement dont l'établissement dispose (allègement des charges courantes, dotation en fonds propres, capacité d'autofinancement...). Ces versements seront réalisés par les organismes de la branche maladie du régime général, en utilisant le circuit financier habituel de financement des établissements de santé. Pour les organismes de l'Assurance maladie, ces versements relèvent d'opérations de trésorerie (sans impact sur le compte de résultat) intervenant en contrepartie des transferts de la CADES (ceux prévus au C de l'article 1er de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie) selon le schéma suivant. Les versements de la CADES à l'ACOSS, pour le compte de la branche maladie, seront étalés sur trois ans, ceux aux établissements sur l'ensemble de la durée de la mesure calée pour chaque établissement sur son échéancier de la dette contractée au 31 décembre 2019 et sur au plus 15 ans.



• Encadrement du calcul de la dotation de l'assurance maladie

La mise en œuvre de cette mesure exige de préciser l'encadrement des dotations qui seront versées. La dotation sera ainsi déterminée dans la limite du « service de la dette restant dû », soit la somme des échéances en capital et en intérêt restant à verser par l'établissement, au titre de la dette constatée au 31 décembre 2019, nette des autres aides¹ ayant pour objet le financement de cette même dette/

¹ Afin d'assurer l'égalité de traitement entre établissements et de neutraliser le risque de surcompensation des projets précédemment accompagnés, les aides en exploitation visant à soutenir l'endettement des établissements restant à percevoir sont déduites de l'assiette de la mesure. La totalité des aides à l'investissement résiduelles gageant par des recettes d'exploitation des charges d'intérêts et/ou d'amortissements sont ainsi déduites. Ces aides peuvent provenir des ARS (via le FIR), des plan nationaux d'investissement (Hôpital 2007, Hôpital 2012 ...) ou de collectivités locales. Ces retraitements peuvent conduire certains établissements, fortement aidés, à ne pas pas présenter d'assiette de reprise.

Conformément aux préconisations du rapport IGAS-IGF, il est proposé de **cibler la mesure sur le champ sanitaire financé par l'Assurance maladie**. Les activités médico-sociales n'entrent pas dans le périmètre compte tenu de leur mode de financement spécifique par le tarif hébergement arrêté par les conseils départementaux. Il en va de même des activités d'USLD, dont le mode de financement est similaire à celui des EHPAD. En outre, le périmètre de la mesure ne concerne que les **établissements de santé au sens strict du terme, seuls porteurs d'un mandat de service public hospitalier**. Toutefois, tant pour le secteur médico-social que pour les charges « déportées » vers des structures tierces dont les établissements de santé seraient membres, tels que des groupements de coopération sanitaire (GCS), il sera préconisé que la détermination de la dotation via la part modulable à la main des ARS, tienne compte de ces situations spécifiques dans l'appréciation des charges à compenser.

Il est également proposé de fixer un **taux plafond de reprise à 90% de cette assiette pour l'ensemble des établissements**, afin de tenir compte uniquement de la dette associée aux dépenses effectuées au titre des seules activités de service public et éviter ainsi tout risque de surcompensation des charges associées à ces activités. Néanmoins afin de tenir compte de l'hétérogénéité des situations tout en sécurisant le risque de surcompensation, il est proposé que les ARS puissent proposer de dépasser ce plafond national en apportant la preuve que la part SIEG des activités de l'établissement en question est bien supérieure au niveau fixé par le plafond.

• **Durée de mise en œuvre de la mesure**

La dotation fera l'objet de versements une fois par an aux établissements en suivant l'échéancier d'amortissement de la dette propre à chaque établissement. Sa mise en œuvre sera donc modulée en fonction de la situation propre de chaque établissement et versée sur la base du calendrier d'amortissement de la dette de l'établissement. Compte-tenu de l'hétérogénéité des échéances des emprunts, il est proposé de limiter la durée de versement à 15 ans (c'est-à-dire à 2034) et de lisser la partie résiduelle de reprise sur la totalité des 15 années.

• **Objectifs de la mesure et mandat confié à l'établissement bénéficiaire**

Par son montant, la mesure constitue un levier unique pour accélérer la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé conformément aux objectifs formulés par le Gouvernement. L'objectif final de la mesure est d'assurer la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier sur tous les territoires, **celle-ci recouvrant deux sous-objectifs principaux qui constituent le mandat qui sera confié à l'établissement bénéficiaire au travers du cadre contractuel dans lequel s'intègrera sa mise en œuvre** (cf. infra) :

- Sécurisation de l'investissement, en particulier courant, permettant à l'établissement d'assurer pleinement ses missions de service public (par le biais notamment d'un assainissement de la situation budgétaire et financière) ;
- Transformation de l'offre de soins et amélioration de la réponse aux besoins de la population sur son territoire.

Selon les situations de départ et le diagnostic des ARS, ainsi qu'en tenant compte des inégalités territoriales existantes, **il s'agira de graduer la mise en œuvre de ces objectifs au sein du mandat qui sera confié à l'établissement bénéficiaire**. L'adaptation aux objectifs et la détermination de la dotation proportionnellement aux besoins de compensation des charges afférentes non couvertes pour chaque établissement sont nécessaires et le cadre de la contractualisation avec les agences régionales de santé permettra de les réaliser et de tenir compte de chaque situation individuelle.

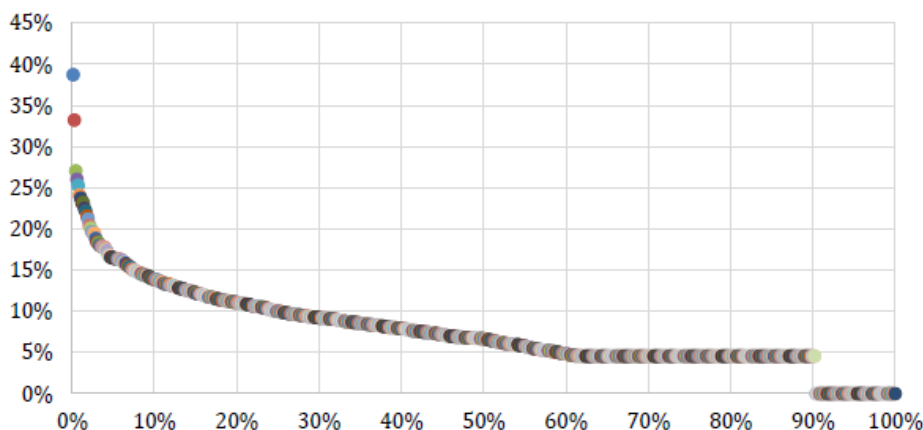
• **Répartition de la mesure**

Afin de pouvoir bénéficier à tous les établissements, tout en garantissant des marges de manœuvre substantielles de différenciation territoriale en fonction de la spécificité locale des besoins et des projets de transformation, cette mesure sera répartie en deux parts. Une part ferme de dotation sera acquise pour tous les établissements éligibles souhaitant bénéficier de la mesure et répondra au sous-objectif de restauration d'un minimum de marges d'investissement courant : elle sera versée au regard de la capacité de chaque établissement à autofinancer annuellement leurs charges d'investissement sur les marges tirées de l'exploitation. Elle sera complétée d'une part modulable qui sera accordée, sur la base d'un cadrage national, par l'agence régionale de santé (ARS), et reflétera plus spécifiquement le degré d'engagements pris par les établissements et les particularités de chaque territoire, permettant ainsi aux ARS d'accompagner les transformations là où elles sont prioritaires pour la bonne réalisation des missions de service public.

Ainsi il sera proposé que le poids relatif des deux blocs soit réparti ainsi :

- i. **Une « part ferme », représentant 20% de l'enveloppe totale, dont le montant par établissement sera reparti au niveau national sur la base de 2 critères**, le niveau d'endettement et la CAF nette, et dont l'objectif sera prioritairement la relance de l'investissement courant. Cette part ferme diffèrera donc selon la situation initiale de l'établissement afin de compenser de façon proportionnée, le besoin minimal d'investissement non financé.

Les simulations conduites par la mission IGAS-IGF, sur un échantillon représentatif des seuls établissements publics éligibles, permettent de simuler la distribution de cette part ferme en % de l'encours de dette :



Source : Mission, sur un échantillon de dix régions (655 EPS, 80 % de l'encours initial). Note de lecture : taux de reprise socle en ordonnées, part d'établissements en abscisses.

ii. Une « part régionale », représentant 80% de l'enveloppe totale, définie par les ARS en tenant compte des situations individuelles et des enjeux territoriaux en terme d'inégalités et de transformation. Les ARS détermineront les montants octroyés au regard des charges à compenser relatives aux objectifs spécifiques poursuivis. Il est ainsi proposé que chaque hôpital s'engage sur les objectifs prioritaires de la mesure selon la gradation fixée par le mandat et qu'il soit suivi et évalué pendant toute la durée du contrat et a minima tous les trois ans. La dotation ne sera octroyée qu'à hauteur des coûts que l'établissement ne peut supporter, et selon le diagnostic de performance de la gestion qu'établit annuellement l'ARS dans le cadre des procédures budgétaires. L'atteinte de certains objectifs par définition pluriannuels, et l'évaluation de la réalité des charges afférentes, pourront être appréciées sur plusieurs exercices consécutifs par l'ARS.

Pour opérer la délégation de cette deuxième part aux ARS, un mécanisme de péréquation pourra être proposé afin de corriger les inégalités territoriales en matière d'investissement et d'équipements. Il pourrait consister à répartir une partie des montants de manière à réduire les écarts de dépenses d'investissement par habitant entre les territoires par exemple.

• Contractualisation

La mise en œuvre de la mesure s'insèrera dans un cadre contractuel *ad hoc* entre l'établissement bénéficiaire de la mesure et l'ARS de sa région d'implantation. Afin d'assurer une mise en œuvre équitable et conforme aux intentions du législateur ainsi que pour rendre transparent l'ensemble des critères et modalités de la modulation qui pourront être mobilisés par les ARS, **il apparaît nécessaire de définir au niveau national un cadre qui relève d'une disposition législative. Il est donc proposé de créer par la présente mesure et les dispositions réglementaires afférentes, un contrat spécifique, conclu entre l'ARS et les établissements de santé bénéficiaires de la mesure.** Ce contrat, qui définira les engagements des parties, les modalités de suivi de leur réalisation et le mécanisme de récupération en cas de surcompensation ou de non-respect des engagements, sera distinct du CPOM. Si le CPOM reste le cadre contractuel de droit commun entre chaque établissement et l'ARS, son utilisation est rendue délicate par la réforme en cours de son cadre réglementaire, qui entrerait en vigueur en 2023, trop tard par rapport à la date de mise en œuvre souhaitée de la reprise de dette. De plus le cadre contractuel du CPOM n'est pas adapté étant donné sa durée limitée par la réglementation, et inférieure à celle qui sera nécessaire pour la mise en œuvre de la mesure. La compatibilité de ce contrat spécifique, conclu pour la durée complète de la mesure, avec le CPOM devra être assurée.

Ce contrat comprendra :

- Le montant total de la dotation accordée au titre de la mesure ainsi que l'ensemble des paramètres de son calcul (description du mécanisme de compensation et les paramètres de calcul, de contrôle et de révision éventuelle de la compensation);
- L'échéancier de versements, déterminé sur la base du rythme d'amortissement de la dette de l'établissement ;
- Le mandat confié à l'établissement dans le cadre de cette mesure et articulé autour de ses objectifs principaux ;
- Les indicateurs de suivi, les modalités de son évaluation et de contrôle ainsi que les conséquences, notamment financières, en cas de non-respect des engagements contractualisés ou de surcompensation (modalités de récupération des éventuelles surcompensations et les moyens d'éviter ces dernières...).

Il est proposé que, conformément aux obligations en la matière, ces contrats ou leurs résumés soient rendus publics.

Dans le contexte de crise liée au Covid-19 et de fortes tensions sur les ARS, le calendrier initial de mise en œuvre de la mesure a été allongé, les travaux techniques de fiabilisation des encours et l'exercice de contractualisation n'ayant pas pu débuter dans les délais permettant une mise en œuvre dès fin 2020.

Néanmoins, il est proposé de prévoir le versement des deux premières années de dotation en bloc (soit environ 2Mds€) et ce dès fin 2021, à l'issue de la contractualisation précisant le mandat confié à chaque établissement, avec la priorisation de l'objectif de relance de l'investissement courant et en prévoyant un dispositif permettant la correction des inégalités territoriales.

• **Conditionnalité de la mesure**

Afin de respecter l'engagement pris que la reprise de dette puisse être inscrite au bilan dès la contractualisation opérée et améliorer ainsi substantiellement les fonds propres de l'établissement, il est impératif, au regard des principes comptables en vigueur, que son versement soit certain et que le mécanisme de reprise de financements ne porte pas sur la créance elle-même.

La contractualisation proposée affirme en premier lieu le souhait de porter cette mesure via un pilotage managérial organisé au niveau des territoires, responsabilisant les acteurs de terrain, à la fois dans la définition des engagements et dans le respect des objectifs fixés.

Néanmoins, en dernier ressort et en cas d'écart important constaté, il est proposé de créer par la loi des leviers de conditionnalité *ad hoc* de cette mesure, permettant aux ARS de disposer d'un moyen pour garantir le respect des engagements contractualisés dans le cadre de la mesure, ainsi que l'absence de surcompensation des coûts associés aux missions de service public, selon le modèle suivant : autoriser la mise en œuvre de reprises d'autres financements dont bénéficient les établissements concernés (dotations par exemple).

b) Autres options possibles

Aucune autre option possible.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure a un impact pluriannuel sur la dette des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (d'assurance maladie en l'occurrence). Or l'article 2 du projet de loi organique relatif à la dette sociale et à l'autonomie modifié le 5° du B du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale et a élargi le champ des LFSS afin que l'ensemble des dispositions ayant un effet sur la situation patrimoniale de la sécurité sociale puissent, conformément à l'objectif financier des LFSS, être adoptées dans les lois de financement. Cet élargissement visait notamment à permettre, par le biais de la LFSS, la couverture par l'assurance maladie d'une partie des échéances de dette des établissements publics de santé (impact au bilan) en détaillant l'ensemble des modalités pratiques de sa mise en œuvre.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure de compensation d'une partie du service de la dette des établissements de santé constitue une aide d'Etat compatible avec le marché intérieur et exemptée de l'obligation de notification à la Commission européenne.

Les établissements de santé sont des entreprises chargées de la gestion d'un service d'intérêt économique général (SIEG) ; à ce titre, ils bénéficient d'un traitement particulier au regard des règles régissant le marché intérieur prévues par les traités.

En effet, la décision de la Commission du 2 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2 TFUE aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de SIEG prévoit que les aides remplissant les conditions énoncées dans cette décision sont compatibles avec le marché intérieur et exemptées d'obligation de notification. Or les trois critères énoncés par cette décision : gestion du SIEG confiée à l'entreprise concernée au moyen d'un ou plusieurs actes ou mandat (1), absence de surcompensation (2), mécanisme de contrôle régulier de l'absence de surcompensation (3), sont remplis par la mesure proposée.

1) Le contrat signé par l'ARS et les établissements de santé constitue le mandat confié à l'entreprise SIEG. La loi prévoit précisément son contenu afin de correspondre aux exigences européennes, à savoir :

- Les engagements pris par chaque établissement de santé dans le cadre de la mesure via les objectifs qui lui sont fixés ;

- La description du mécanisme général de compensation via l'assiette et le montant total de cette contribution ainsi que l'ensemble des paramètres de son calcul ;
- Le principe de non-surcompensation et la description du mécanisme de contrôle de la non surcompensation, via les indicateurs de suivi, les modalités de son évaluation et de contrôle ainsi que les conséquences en cas de non-respect des engagements pris, notamment les mécanismes de reprise de financements.

2) L'absence de compensation est notamment garantie via le plafonnement envisagé, garantissant que la dette ne puisse être couverte qu'à la hauteur de la part des produits SIEG dans l'activité de l'établissement, signifiant que la compensation ainsi apportée ne pourrait répondre qu'à un endettement généré par le SIEG, en faisant l'hypothèse conservatrice que la dette est contractée en proportion des différentes activités.

3) Les mécanismes de contrôles seront bien prévus dans les contrats permettant notamment de s'assurer de la non surcompensation.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Il est proposé de ne pas codifier cette mesure compte tenu de son caractère non pérenne.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure applicable</i>
<i>Saint-Martin, Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure applicable</i>
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Mesure applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure se traduira par un accroissement de 13 Md€ de la dette sociale dont l'amortissement est confié à la CADES (cf. supra). En revanche, elle sera sans impact sur le solde des organismes de la branche maladie du régime général, l'ensemble de la mesure étant mis en œuvre selon des modalités qui impacteront uniquement le bilan et non le solde de ces organismes.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		0 M€	0 M€	0 M€	0 M€
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

Sans objet.

b) Impacts sociaux

Sans objet.

• *Impact sur les jeunes*

Sans objet.

• *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Pas d'impact spécifique.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Pas d'impact spécifique.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables [selon les cas], notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Pas d'impact direct.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Pas d'impact spécifique.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Décret en conseil d'Etat : parution rapide après la publication de la loi.

Instruction portant cadre national et prévoyant notamment les contrats type : parution rapide après la publication de la loi

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Pas d'information à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi du dispositif sera assuré au travers de l'évaluation du contrat ad hoc signé entre l'ARS et l'établissement de santé concerné.

Article 28 – Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

- **Mesures d'ajustement de la feuille de route des réformes de financement engagées**

Report de la réforme du ticket modérateur en psychiatrie et en SSR

La réforme du calcul du ticket modérateur des patients hospitalisés, prévue par l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, consiste à remplacer les tarifs journaliers de prestations déterminés pour chaque établissement par une nomenclature simplifiée et unifiée au niveau national comme base du calcul de la participation des patients, à compter du 1^{er} janvier 2021.

Pour le champ d'activité de médecine chirurgie et obstétrique (MCO), cette évolution ne concerne que les établissements de santé anciennement financés sous dotation globale (ex DG), dont les modalités de calcul du ticket modérateur faisaient l'objet d'une dérogation depuis la mise en place de la tarification à l'activité. En revanche, les établissements du secteur antérieurement sous objectif national quantifié (ex OQN) facturent le ticket modérateur de leurs séjours sur la base des GHS tel que cela était initialement prévu, ne nécessitant pas de ce fait de faire évoluer les modalités de calcul du reste à charge sur leurs séjours.

S'agissant du champ des soins de suite et réadaptation (SSR) et de la psychiatrie, l'ensemble des établissements financés sont concernés, qu'ils soient financés sous dotation annuelle de financement (DAF) ou sous objectif national quantifié (OQN).

La nomenclature introduite par l'article 35 de la LFSS pour 2020 vise ainsi à créer des tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP) pour les trois champs d'activité mentionnés.

La crise sanitaire liée à la covid-19 a considérablement ralenti les travaux techniques et suspendu la concertation avec les acteurs, débutée en février 2020, rendant impossible la mise en œuvre de cette réforme au 1^{er} janvier 2021 pour les activités de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation (SSR) et ce, pour plusieurs raisons :

- Les réformes de financement qui vont prendre effet au 1^{er} janvier 2021 dans ces deux champs prévoient une montée en charge de l'application des modèles, or l'élaboration d'une nomenclature des Tarifs Nationaux Journaliers de Prestations (TNJP) requiert au préalable des paramètres de financement stabilisés, notamment, pour le SSR, s'agissant de la définition des nouvelles prestations d'hospitalisation et de la fixation des nouveaux tarifs, prévues courant 2021.
- A cette difficulté commune aux activités de psychiatrie et de SSR, s'ajoute le fait que pour les activités de psychiatrie, le financement ne se base pas actuellement sur la mesure de l'activité. Par conséquent, il n'est pas possible d'isoler l'activité relevant de la psychiatrie dans les données comptables afin d'obtenir des données de référence et de simuler les impacts de cette réforme (notamment pour les établissements sous DAF ayant une activité mixte en MCO/PSY). L'année 2021 devra donc être consacrée à l'exploitation d'autres sources de données d'activité, comme le RIM-P, afin de pouvoir établir une grille théorique de tickets modérateurs.
- Enfin, pour les établissements de psychiatrie et de SSR financés sous OQN, à ce stade des travaux, il est techniquement impossible d'appliquer un TNJP aux honoraires facturés par les cliniques. Ces honoraires ne sont pas anticipables et varient d'un séjour à l'autre. Il n'est dès lors pas possible d'appliquer un TNJP qui par principe doit être défini indépendamment du déroulé du séjour aux honoraires. Cette difficulté suppose une évolution des systèmes d'information, notamment des règles de facturation avec la CNAM et les complémentaires, incompatible avec une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2021.

Il convient de noter que ces difficultés spécifiques aux champs de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation n'empêchent cependant pas l'entrée en vigueur de la réforme pour le champ MCO à compter du 1^{er} janvier 2021.

La mesure proposée consiste ainsi à reporter au 1^{er} janvier 2022 la réforme du ticket modérateur pour les champs de la psychiatrie et du SSR.

Adaptation de la période de transition du nouveau modèle de financement des activités de SSR

Il s'agit d'adapter le coefficient de transition qui doit s'appliquer à l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2021 du nouveau modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation prévu par l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

L'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, prévoit l'entrée en vigueur d'un nouveau modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) au 1^{er} janvier 2021.

Ce modèle, commun aux établissements privés sous objectif quantifié national (OQN) et aux établissements sous dotation annuelle de financement (DAF), repose sur un financement mixte associant :

- Les recettes issues directement de l'activité des établissements ;

- Une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement des activités des établissements, dont les modalités seront définies par décret en Conseil d'État (qui sera publié d'ici la fin de l'année 2020).

Le modèle prévoit également des compartiments complémentaires pour financer les molécules onéreuses, les plateaux techniques spécialisés ainsi que certaines missions d'intérêt général. Les établissements de SSR bénéficient par ailleurs depuis 2017 du financement à la qualité. Ce nouveau modèle de financement doit être mis en place de manière progressive par l'application d'un coefficient de transition, initialement prévue de 2021 à 2026,

Les travaux techniques engagés début 2020, dans une démarche de co-construction avec les acteurs hospitaliers, devaient permettre de définir le contenu de chaque compartiment du modèle sur la base des coûts et de réaliser les études d'impacts nécessaires à l'évaluation de la réforme demandée par les acteurs, préalables indispensables à une mise en œuvre optimale du modèle en 2021.

Le contexte de crise sanitaire liée à l'épidémie de coronavirus a obligé à suspendre ces travaux et amène aujourd'hui à repenser le calendrier de travail et les modalités de mise en œuvre du nouveau modèle de financement pour l'année 2021.

En effet, cette crise a conduit :

- D'une part, à une suspension des groupes de travail liés à la réforme entre mars et juin 2020 ;
- D'autre part, les établissements du champ SSR à transformer leurs organisations en réponse à la crise ;

En conséquence, il est proposé d'assortir la mise en œuvre du nouveau modèle de financement pour l'année 2021 d'un mécanisme de sécurisation des financements visant à limiter les mouvements financiers pour 2021 et ainsi à sécuriser l'ensemble des établissements, afin de créer les conditions les plus favorables de travail avec les acteurs pour la finalisation du modèle de financement du SSR qui s'achèvera uniquement durant le premier semestre 2021 compte tenu des raisons évoquées ci-dessus.

L'introduction de ce mécanisme de sécurisation permet en effet :

- De maintenir la date d'entrée en vigueur du nouveau modèle de financement des activités de SSR au 1er janvier 2021 ;
- De tenir compte des conséquences de la crise sanitaire aussi bien sur le calendrier que sur le fond de la réforme du financement du champ SSR ;
- De poursuivre la démarche de co-construction engagée avec les acteurs hospitaliers.

A ce titre, l'application d'un coefficient de transition n'est plus nécessaire dans le cadre de la mise en place du mécanisme de sécurisation prévu pour 2021. A compter du 1er janvier 2022 et la fin du mécanisme de sécurisation des ressources financières, les effets revenus liés à la mise en œuvre du modèle-cible seront limités par l'application du coefficient de transition déjà instauré dans l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifiée par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2018 et pour 2020. Ce coefficient s'appliquera uniquement sur les recettes issues de l'activité des établissements exerçant des activités de SSR.

Par ailleurs, il est apparu nécessaire de modifier l'article 78 de la LFSS pour 2016 afin de reporter la facturation directe de la part activité pour les établissements de santé privés.

La LFSS pour 2020 avait reporté au 28 février 2023 la facturation directe pour la fraction de 10% de la dotation modulée à l'activité. Néanmoins, cela ne tenait pas compte des modalités de la réforme de financement pour les activités de soins de suite et de réadaptation qui ont été travaillées depuis la LFSS pour 2020.

Il est donc proposé de laisser le report de la facturation directe pour la fraction de la dotation modulée à l'activité jusqu'à la fin de l'année 2020 et de permettre ce report sur les recettes directement issues de l'activité jusqu'au 28 février 2023 pour les établissements de santé privés.

L'adaptation de la transition vers le nouveau modèle de financement des hôpitaux de proximité

La première réforme des hôpitaux de proximité a été introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Elle avait pour objectif de prévoir des modalités de financement dérogatoires à la tarification à l'activité pour des établissements caractérisés par un volume d'activité limité en médecine. Il s'agissait en premier lieu de proposer une alternative à la tarification à l'activité aux anciens hôpitaux locaux, financés par des reconductions de dotations historiques et dont l'entrée dans le droit commun aurait, pour certains, engendré des pertes de recettes très importantes.

Depuis 2016, entre 240 et 243 établissements de santé de tous statuts présentant des caractéristiques communes sont inscrits sur la liste des hôpitaux de proximité, sur la base de critères liés aux activités autorisées et aux caractéristiques du territoire sur lequel ils sont implantés. Les établissements concernés sont en majorité des ex-hôpitaux locaux, l'enjeu de la réforme étant notamment de proposer une alternative à la tarification à l'activité pour ces établissements.

Le modèle de financement alors mis en œuvre a pour base légale l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale. Il consiste à garantir, en début d'année n, un niveau de ressources indépendamment de l'activité réalisée cette même année. Cette garantie vise à atténuer les aléas d'un financement à la seule activité qui, au sein de structures de petite taille, peut être volatile d'une année sur l'autre. Un complément de financement est versé dès lors que la valorisation de l'activité excède le montant de la garantie. En 2020, 241 établissements bénéficient de ce mode de financement dérogatoire.

Dans le cadre du plan Ma Santé 2022 annoncé par le Président de la République le 18 septembre 2018, une réforme en profondeur du modèle des hôpitaux de proximité a été engagée. Elle s'est d'abord traduite par l'adoption de l'article 35 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Le nouvel article L. 6111-3-1 du code de la santé publique propose un nouveau cadre de définition de l'hôpital de proximité par ses missions, son

fonctionnement et le service qu'il rend à la population du territoire. Les conditions de la labellisation des hôpitaux de proximité font ainsi l'objet d'une refonte en profondeur pour valoriser les missions effectivement exercées par l'établissement et son ouverture sur son territoire. Les textes d'application sont en cours d'élaboration et le calendrier prévisionnel de mise en œuvre de la réforme prévoit les premières labellisations d'hôpitaux de proximité selon les nouvelles modalités à l'automne 2020.

Le modèle de financement de 2016 est apparu trop restrictif pour porter l'ambition d'une relation réinventée entre l'hôpital et la ville qui est au cœur de la réforme des hôpitaux de proximité. C'est pourquoi l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a modifié l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale et instauré un nouveau modèle de financement mixte, reposant, d'une part, sur une garantie pluriannuelle de financement qui sécurise les recettes de l'établissements, et, d'autre part, sur une dotation de responsabilité territoriale visant à financer les missions que l'établissement exerce en relation avec les acteurs du territoire. Les décrets d'application de ce texte sont en cours de rédaction. Le calendrier de déploiement de la réforme prévoit l'application en 2021 du nouveau modèle de financement aux établissements de santé remplissant les nouveaux critères d'éligibilité au label.

Ainsi, certains établissements bénéficiant aujourd'hui du modèle de financement protecteur mis en place en 2016 pourraient, en théorie, ne pas correspondre à ces nouveaux critères. La conséquence pour ces établissements serait ainsi de basculer de facto dès 2021 dans le régime de financement de droit commun, c'est à dire la tarification à l'activité.

En cible, il est attendu que les 241 établissements qui bénéficient aujourd'hui du régime financier des hôpitaux de proximité répondent à terme aux exigences des nouveaux critères d'éligibilité au label et bénéficient du nouveau modèle de financement. Toutefois plusieurs éléments mettent en lumière la nécessité de proposer une mesure transitoire à destination de certains de ces établissements.

Tout d'abord, la réforme des hôpitaux de proximité pose un cadre de définition ambitieux pour les hôpitaux de proximité, en mettant la relation ville/hôpital au cœur du modèle. Si de nombreux établissements sont d'ores et déjà engagés dans cette dynamique de structuration de l'offre de proximité, pour d'autres le changement de paradigme est plus important. Ainsi, un temps de montée en charge plus long peut être nécessaire pour mettre en place les partenariats et les actions à destination de la population du territoire. Certains établissements pourraient ainsi ne pas être en mesure de répondre, dès 2020, aux exigences du nouveau label.

Par ailleurs, la crise du Covid-19 est de nature à renforcer considérablement ce risque. En effet, les fortes perturbations de l'activité des établissements mais également de l'ensemble des acteurs du territoire, n'auront pas permis à certains établissements de nouer les partenariats et mettre en place les actions nécessaires à l'obtention de la qualification d'hôpital de proximité. Ensuite, les agences régionales de santé, fortement mobilisées par la gestion de la crise du Covid-19, n'ont pu jouer pleinement en 2020 leur rôle d'accompagnement des établissements vers les exigences du nouveau modèle des hôpitaux de proximité. En outre, l'épidémie du Covid-19 n'a pas touché les territoires et le système de soins de manière égalitaire sur les territoires. Ainsi le déploiement de la réforme risque d'être différencié selon les régions.

Enfin, la crise du Covid-19 a mis en lumière la nécessité pour les établissements de santé de bénéficier, d'une façon générale, d'une certaine stabilité et visibilité financière face aux incertitudes et aux aléas de l'activité. Cela s'est traduit par la mise en place d'une garantie de financement pour tous les établissements de santé par l'arrêté du 6 mai 2020, dispositif inspiré par le modèle de financement des hôpitaux de proximité.

Pour ces raisons, il apparaît nécessaire de s'assurer que les établissements qui, parmi les 241 établissements figurant aujourd'hui sur la liste des hôpitaux de proximité, ne répondraient pas, dès la campagne 2021, aux conditions d'éligibilité du nouveau label, continuent à bénéficier du mécanisme dérogatoire de garantie de financement mis en place en 2016 pendant une période maximale de deux ans.

L'article 33 de la LFSS pour 2020 ayant remplacé l'article L. 162-23-16 dans sa rédaction ancienne, le modèle de financement mis en place en 2016 ne pourra plus être appliqué dès lors que les décrets d'application seront parus. Ainsi, une intervention législative est nécessaire afin de mettre en place le dispositif transitoire permettant à ces établissements de continuer à bénéficier de ce modèle.

Il est également proposé une mesure de simplification dans la rédaction de l'article L. 162-23-16 dans sa version issue de la LFSS pour 2020.

Prorogation de la durée des expérimentations autorisées par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012

L'article 66 de la LFSS pour 2012 a prévu des expérimentations portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré hospitaliers, à la demande du SAMU. Sept départements mettent donc aujourd'hui en œuvre des dispositifs dérogatoires au cadre juridique actuel. Ces expérimentations arrivent à leur terme au 31 décembre 2020.

Or, une réforme d'ampleur des transports sanitaires urgents est en cours. Elle se déploiera progressivement selon les départements, en fonction de l'avancée de négociations locales, et viendra modifier profondément les modalités d'organisation et de financement des transports urgents.

La mesure présentée ici vient proroger d'un an les expérimentations de manière à assurer la transition vers le nouveau système pour les sept territoires concernés, sans imposer le retour au système précédent pour les quelques mois avant l'entrée en vigueur de la réforme.

Le système précédent est en effet marqué par des limites fortes : absence de rentabilité pour les transporteurs, absence de moyens garantis au SAMU en journée en semaine, etc. Au-delà de la complexité de revenir de manière transitoire à des modes d'organisation et de financement différents de transports essentiels pour l'aide médicale urgente, le risque est donc grand de voir les transporteurs sanitaires se désengager de la réalisation des transports urgents, en raison d'un cadre moins adapté à leurs contraintes.

Une prolongation d'un an de la durée légale d'autorisation de ces expérimentations a déjà été effectuée en LFSS pour 2020. Toutefois, une ultime prorogation est demandée pour une année supplémentaire compte tenu de l'impact de la crise sanitaire du COVID-19 qui a mis en suspens les travaux techniques sur la réforme et les concertations avec les

transporteurs sanitaires, les médecins urgentistes et les représentants des sapeurs-pompiers. Les travaux n'ont pu reprendre qu'au mois de juillet 2020. Un nouveau calendrier a été défini, prévoyant une entrée en vigueur de la réforme dans le courant du premier semestre 2021. Par conséquent et pour éviter de mettre en difficulté les parties-prenantes des expérimentations, il est demandé une nouvelle et dernière prolongation de leur durée légale pour leur permettre d'assurer leur transition vers le nouveau modèle d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents dans de bonnes conditions.

Report de la réforme du financement des centres de lutte contre la tuberculose (CLAT)

Cette mesure vise à reporter de huit mois la mise en œuvre de la réforme du financement des centres de lutte contre la tuberculose, compte tenu de l'épidémie de COVID et des mesures prises pour limiter cette propagation, qui concerne les départements qui peuvent exercer une activité de lutte contre la tuberculose.

Les dispositions initiales ayant été fixées par la LFSS 2020, leurs modifications nécessitent le même vecteur législatif.

Report de la réforme des CAQES

Le CAQES, créé par l'article 64 de la LFSS pour 2016, visait à compléter le CPOM en reprenant les objectifs de régulation des dépenses et d'amélioration des pratiques et également à simplifier les modalités de contractualisation avec les établissements de santé sur ces enjeux qui faisaient l'objet de multiples contrats (CAQOS produits de santé et transports, contrat de bon usage des médicaments, contrat de pertinence et contrat d'amélioration des pratiques).

L'article 64 de la LFSS 2020 a rénové le format du CAQES afin qu'il permette de mieux mobiliser les prescripteurs des établissements de santé sur les enjeux d'efficacité et de pertinence. Le contrat est désormais recentré sur un nombre de priorités limitées d'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins le dispositif intéressements/sanctions est renforcé.

Afin de ne pas impacter la signature des contrats 2020, qui étaient en cours de négociation lors de l'examen de la LFSS 2020 il était prévu une entrée en vigueur de ce nouveau format du CAQES à compter du 1er janvier 2021 :

Si les travaux d'élaboration des textes ont été lancés, la crise sanitaire liée au Covid-19 en a décalé le déroulement. Il est donc nécessaire de reporter d'un an, au 1^{er} janvier 2022, l'entrée en vigueur du nouveau CAQES pour permettre aux ARS, aux DCGDR et aux établissements de pouvoir finaliser l'élaboration des nouvelles priorités et d'engager une nouvelle contractualisation sur cette base.

• *Adaptation du modèle de financement des urgences*

La réforme du financement des urgences, introduite par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, faisant lui-même suite au « pacte de refondation des urgences » instruit par le député Thomas Mesnier et le professeur Pierre Carli, conduit à revoir et simplifier les modes de tarification correspondant à tous les passages aux urgences qui ne donnent pas lieu à hospitalisation du patient. Aujourd'hui, entre 15 et 20% des passages aux urgences seraient ainsi évitables et pourraient être pris en charge par la médecine de ville.

L'objectif de la réforme des urgences votée en LFSS pour 2020 est de revoir le modèle de financement actuel des urgences qui incite au sur-financement des cas légers et sous-financement des cas lourds puisque les passages non suivis d'hospitalisation aux urgences sont rémunérés de la même manière peu importe leur complexité. Les modalités de facturation de la part patient pourraient également être un facteur de ce sur-recours aux services d'urgence. En effet, les établissements ne pouvant généralement facturer cette participation qu'après le passage aux urgences, et ce avec un taux de recouvrement très partiel, une partie des patients pourraient avoir la fausse impression que les soins y sont totalement gratuits. Une modification des modalités de participation des patients facturés lors d'un passage dans une structure des urgences en améliorant la visibilité du coût de cette participation pour les patients pourrait contribuer à désengorger les urgences et favoriser le recours à la médecine de ville pour des soins non urgents.

En effet, il existe aujourd'hui de nombreuses exonérations pour les patients nécessitant soit une information administrative (exemple : accident du travail-maladie professionnelle), soit une information médicale (passage aux urgences en lien avec une affection longue durée). Le recours à l'information médicale pour déterminer si le patient peut par exemple bénéficier d'une exonération ALD alourdit le processus de facturation hospitalière pour l'ensemble des usagers. En effet, ce recueil d'information étant souvent impossible avant la sortie du patient, les factures sont adressées ultérieurement, nuisant ainsi à la bonne compréhension des patients de leur reste à charge et au bon recouvrement des créances correspondantes par les établissements.

La simplification visée par cette réforme suppose d'adapter en conséquence la facturation aux patients et à leurs assurances complémentaires.

Afin de faciliter d'une part la facturation par les établissements de santé et d'améliorer d'autre part la lisibilité pour les patients du reste à charge sur les passages aux urgences, il apparaît opportun de modifier les règles actuelles de participation du patient sur les frais de soins aux urgences qui s'appuient sur un ticket modérateur proportionnel aux tarifs des prestations et des actes réalisés par l'établissement au cours de la prise en charge de l'assuré.

Il est proposé de lui substituer un ticket modérateur forfaitaire dû par les assurés pour chaque prise en charge par un service d'urgence non suivi d'une hospitalisation.

• *Adaptation des modalités règles de tarification des prises en charges en ambulatoire*

Dans le cadre des travaux sur le virage ambulatoire et la nouvelle instruction de gradation des soins, il a été décidé la mise en place d'un dispositif de rescrit tarifaire s'inspirant du rescrit existant par ailleurs en matière fiscale.

Ce dispositif doit permettre aux établissements de santé de remonter auprès du ministère de la santé des situations de faits sujettes à interprétation pour savoir si, en accord avec la législation existante, elles justifient la facturation d'une hospitalisation de jour, pour les prises en charge de moins d'une journée.

Lorsque l'administration aura pris position sur la question posée par l'établissement, le rescrit tarifaire sera opposable, par ce dernier, aux médecins de l'Assurance Maladie en cas de contrôle.

Afin de rendre ce dispositif de rescrit opposable en cas de contrôle, d'en prévoir le mécanisme et la procédure contradictoire, il est nécessaire de lui donner une base légale.

Dans le cadre de ces mêmes travaux la prestation intermédiaire a été sortie du champ de l'activité dite externe pour être réintégrée dans le champ de l'hospitalisation, par la création de GHS dit « intermédiaires » et conduisant ainsi à la disparition du forfait prestation intermédiaire (FPI). L'article L. 162-22-6-1 CSS est donc devenu de facto obsolète, il s'agit ici de l'abroger et ainsi le faire disparaître du corpus juridique applicable.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

• Mesures de décalage de la feuille de route des réformes

Report de la réforme du ticket modérateur en psychiatrie et en SSR

La mesure proposée consiste à reporter la réforme du ticket modérateur pour les champs de la psychiatrie et des soins de suite et réadaptation d'une année pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

Il s'agit précisément de maintenir, durant une année supplémentaire les modalités actuelles de la participation du patient dans le champ de la psychiatrie et des soins de suite et réadaptation, à savoir :

- Les tarifs journaliers de prestation pour les établissements financés sous DAF ;
- Les catégories de prestations d'hospitalisation (notamment les prix de journée) qui servent actuellement à la tarification des prestations d'hospitalisation AMO des établissements relevant de l'OQN.

Le report d'un an de la réforme du reste à charge n'emporte pas de conséquences juridiques pour les établissements ex-DG. A contrario, ce report requiert de figer en 2021 les tarifs existants pour les établissements ex-OQN alors que ceux-ci n'existent plus au 1^{er} janvier 2021, puisque l'article 34 de la LFSS 2020 fait disparaître le modèle de facturation en prix de journée.

Pour cela, la présente mesure prévoit que les tarifs, qui sont établis par établissement, demeurent. Ils seront considérés pour l'année 2021 comme base de calcul du reste à charge patient. Ces tarifs ne s'appliqueront plus pour la facturation des prestations hospitalières AMO mais serviront uniquement de base de calcul à la participation du patient.

Au demeurant, ces tarifs seront également utilisés pour 2021 comme base de calcul de la répartition de la dotation à l'activité des établissements privés de psychiatrie relevant actuellement de l'OQN.

La mesure comporte enfin un dernier ajustement technique : le maintien du dispositif introduit par l'article 56 pour la LFSS pour 2018 qui avait ouvert pour trois ans la possibilité aux établissements de santé de facturer aux patients relevant d'un régime de sécurité sociale étranger le coût des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux onéreux inscrits sur la liste en sus qui leur sont dispensés au cours d'une hospitalisation.

Adaptation de la période de transition du nouveau modèle de financement des activités de SSR

La mesure proposée vise à repousser au 1^{er} janvier 2022 la date de mise en œuvre du coefficient de transition qui a été instauré en 2016 par la loi de financement de la sécurité sociale, et modifiée à deux reprises en 2018 et en 2020. La mesure proposée modifie l'application de ce coefficient de transition aux seules recettes issues directement de l'activité des établissements.

L'adaptation de la transition vers le nouveau modèle de financement des hôpitaux de proximité

Dans le modèle actuel, la liste des hôpitaux de proximité est établie par arrêté national. Dans le modèle rénové des hôpitaux de proximité, c'est le directeur général de l'agence régionale de santé qui établit pour sa région, sur la base de critères d'éligibilité nationaux, la liste des hôpitaux de proximité. Ainsi, certains établissements qui sont aujourd'hui inscrits sur la liste des 241 hôpitaux de proximité pourraient ne pas figurer en 2021 sur les listes régionales arrêtées par les directeurs généraux d'ARS s'il ne remplissent pas encore les critères d'éligibilité.

La mesure vise à permettre, pour ces établissements, le maintien transitoire du modèle de financement des hôpitaux de proximité mis en place par l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 qui a été abrogé par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Le modèle de financement de 2016 repose sur deux compartiments :

- une part socle, majoritaire, correspondant à une fraction de la moyenne des recettes perçues par l'établissement les deux années précédentes ;
- une part variable, minoritaire, dont la répartition entre les hôpitaux de proximité au sein de la région est opérée par les agences régionales de santé au regard des caractéristiques du territoire.

Poursuivant un objectif de simplification, et compte tenu du faible nombre d'établissements qui en bénéficieront dans chaque région, il est proposé de neutraliser la part variable pour la fixer à 0. La part socle sera réhaussée afin de garantir à ces établissements une réelle sécurisation de leurs recettes.

Ce dispositif a ainsi vocation à s'appliquer aux établissements de santé qui sont aujourd'hui présents sur la liste des hôpitaux de proximité et qui ne bénéficieront pas en 2021 du nouveau modèle de financement mis en place par l'article 33 de la LFSS pour 2020. Il est proposé de maintenir le modèle de financement issu de la LFSS pour 2015 pendant une période maximale de deux ans. Cette période correspond à la période de montée en charge maximale nécessaire aux établissements de santé pour opérer les reconversions et nouer les partenariats leur permettant d'obtenir la qualification d'hôpital de proximité. Toutefois, la majorité des établissements concernés par le dispositif transitoire ont vocation à intégrer le nouveau modèle des hôpitaux de proximité au cours de l'année 2021 pour bénéficier du nouveau modèle de financement dès 2022.

En outre, dans un souci de simplification de la rédaction de l'article L. 162-23-16 issu de la LFSS 2020, il est proposé de supprimer la référence au projet régional de santé. En effet, cet article dispose que le niveau du financement des hôpitaux de proximité doit être fixé notamment en prenant en compte les besoins de santé de la population du territoire « tels qu'identifiés par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales ». Cette précision apparaît inopportune pour deux raisons :

- le projet régional de santé n'est pas le seul document permettant de définir les besoins de santé de la population. D'autres documents et indicateurs peuvent être utilisés pour mesurer ces besoins et les financements nécessaires associés. En effet, des initiatives locales telles que les projets de CPTS ou encore les contrats locaux de santé sont basées sur des éléments de diagnostics locaux qui permettent de rendre compte des priorités de santé publique à des mailles plus resserrées et plus adaptées à l'aire d'intervention de l'hôpital de proximité
- L'échelle régionale peut s'avérer inadaptée à révéler des besoins locaux des populations du bassin de vie de l'hôpital de proximité.

Il semble donc que la référence au projet régional de santé soit trop restrictive et ne permette pas de répondre de façon adéquate à l'intention du législateur de bien prendre en compte les besoins de santé des populations pour déterminer les financements de l'activité des établissements de santé de proximité.

Prorogation de la durée des expérimentations autorisées par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012

En application de l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012, des expérimentations en matière d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents sont autorisées. Elles permettent de déroger à certaines règles d'organisation de la garde départementale des transporteurs sanitaires et aux modalités et montants de rémunération des transporteurs sanitaires privés.

C'est ainsi qu'à l'issue d'un premier appel à candidatures, trois expérimentations ont été déployées, la première ayant débuté le 1^{er} juillet 2016. Par la suite, quatre autres expérimentations ont été déployées en novembre 2018. Actuellement, ces sept expérimentations sont toujours en cours dans les Bouches du Rhône, en Isère, en Haute-Garonne, en Savoie, dans l'Allier, en Charentes Maritimes et dans le Var.

La durée légale des expérimentations, fixée par l'article 66 de la LFSS 2012, arrive à son terme le 31 décembre 2020.

Or, une réforme d'ampleur est en cours sur l'organisation et le financement des transports sanitaires urgents pré hospitaliers. Le déploiement de la réforme aura lieu progressivement à partir de la fin du premier trimestre de l'année 2021 et tout au long de cette année. Dans ces conditions, il est nécessaire de permettre la poursuite des expérimentations afin d'aménager la transition vers le nouveau dispositif sur les sept territoires expérimentaux.

Si la durée légale des expérimentations n'est pas prolongée, à compter du 1^{er} janvier 2021, les sept départements d'expérimentation actuels seront contraints de revenir aux dispositions de droit commun en attendant la mise en œuvre de la réforme, ce qui représente un risque opérationnel et politique fort. En effet, au-delà de la complexité de revenir de manière transitoire à des modes d'organisation et de financement différents de transports essentiels pour l'aide médicale urgente, le risque est grand de voir les transporteurs sanitaires se désengager de la réalisation des transports urgents, en raison d'un cadre moins adapté à leurs contraintes.

Il est donc proposé de prolonger d'un an les sept expérimentations organisées en application de l'article 66 de la LFSS pour 2012. La durée des expérimentations étant fixée par l'article 66 de la LFSS pour 2012, il est nécessaire de prévoir une mesure en LFSS 2021 pour pouvoir proroger la durée légale des expérimentations.

Après un retard de près de 6 mois lié à la suspension des travaux imposée par la gestion de crise Covid19, les travaux ont désormais repris sur les deux volets de la réforme, de manière à permettre son application à partir du premier semestre 2021. Sur le volet financier de la réforme, un nouvel avenant tarifaire est en cours de négociation depuis juin 2020 entre l'UNCAM et les fédérations nationales de transporteurs sanitaires, spécifiquement sur le modèle économique des transports sanitaires urgents. L'objectif est de le signer en octobre 2020 pour une entrée en vigueur au cours du 2^{ème} trimestre 2021. Sur le volet organisationnel, les groupes de travail ont repris en juillet 2020, dans l'objectif d'une publication des textes (décret et instruction) fin 2020 ou début 2021.

Report de la réforme des CLAT

La présente mesure vise à reporter l'entrée en vigueur des mesures transitoires pour les départements fixés par le IV (à partir du 2^{ème} alinéa) de l'article 57 de la LFSS pour 2020 du 1^{er} janvier 2021 au 1^{er} septembre 2021, s'agissant de la date pour l'application du nouveau régime, afin de permettre aux agences régionales de santé de disposer effectivement d'un délai de quatre mois pour instruire les demandes des départements.

Report de la réforme des CAQES

La présente mesure vise à reporter l'entrée en vigueur du nouveau CAQES au 1^{er} janvier 2022. Au cours de l'année 2021, la conclusion des contrats (modification par voie d'avenant des contrats en vigueur ou signature de nouveaux volets additionnels pour les contrats en vigueur) reposera donc sur les dispositions réglementaires actuelles, qui continueront à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2021.

• Adaptation du modèle de financement des urgences

La réforme des urgences introduite par l'article 36 de la précédente loi de financement de la sécurité sociale repose notamment sur la mise en place de sept forfaits à l'activité qui dépendront de l'âge du patient (< 16 ans, 16-44 ans, 45-74 ans, 75 ans et +) et de l'intensité de la prise en charge (nécessité d'examen de biologie, de radiologie et/ou de prise en charge préhospitalière en ambulance).

La présente mesure consiste à compléter cette réforme en mettant en place **une participation forfaitaire pour les patients en cas de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation**, en lieu et place du ticket modérateur proportionnel actuellement exigible. La mise en place d'un tel forfait permettra de simplifier la facturation et le recouvrement par les établissements de santé.

A l'heure actuelle, un patient est redevable d'un ticket modérateur de 20% du montant des prestations dont il bénéficie (20% du forfait ATU de 25€, 20% des actes ou consultation réalisées pendant son passage aux urgences). Ce ticket modérateur est obligatoirement couvert par les contrats responsables d'assurance complémentaire en santé pour les assurés qui en disposent et par la complémentaire santé solidaire pour les patients les plus précaires. La mesure consiste donc à transformer ce ticket modérateur dont le montant est proportionnel au tarif des soins en une participation forfaitaire, de manière à en faciliter la lisibilité, la facturation et le recouvrement. Le mode forfaitaire permet en effet d'éviter le recueil et le renseignement d'éléments de nature médicale sur le contenu des prestations dont le patient bénéficie en amont de la facturation. En effet c'est ce renseignement, qui implique non seulement les services d'urgence mais aussi les autres services intervenus en lien avec ceux-ci (biologie, imagerie, notamment), qui conduit à ce que la détermination du montant de participation, et donc sa facturation, ne soit pas possible pendant la durée du passage du patient.

Cette participation nommée Forfait Patient Urgences (FPU) serait due par tous les assurés pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Son montant serait modulé et les patients bénéficiant par ailleurs d'un régime d'exonération se verraient appliquer un montant minoré. Elle vise à simplifier la facturation des services d'urgence et ainsi à améliorer le niveau de recouvrement qui reste faible aujourd'hui (on estime qu'environ 30% des factures seulement sont aujourd'hui recouvrées suite à un passage aux urgences dans les établissements publics). Elle permet également d'améliorer la lisibilité pour les assurés de leur reste à charge sur le passage aux urgences.

Afin d'atténuer l'impact de la suppression des exonérations de droit commun pour les patients concernés, le montant de ce forfait serait modulé de la façon suivante :

- Un montant de base utilisé pour la facturation du FPU aux patients ne bénéficiant pour aucun motif que ce soit d'un droit à une exonération de la participation des assurés aux frais de soins en application des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- Un montant minoré utilisé pour la facturation du FPU aux patients ayant droit pour quel que motif que ce soit à une exonération même si les critères de bénéfice de cette exonération ne sont pas réunis lors du passage aux urgences. La réduction s'appliquera ainsi que le motif du passage aux urgences soit en lien avec le facteur d'exonération du patient ou non.

Le FPU serait indépendant des forfaits activité qui seront pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

En conservant la masse globale de participation constante et sans organiser de déport entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, le montant de base de ce forfait de participation aux urgences ainsi créé serait proche de 18 € pour chaque passage aux urgences non suivi d'hospitalisation dans les deux secteurs. Le montant minoré serait de 8 €. Aujourd'hui, le ticket modérateur moyen facturé pour un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation sans motif d'exonération est de 18,85 € en moyenne dans le secteur ex DG et 20,11 € en moyenne dans le secteur ex OQN.

S'agissant de la non application des règles de suppression de la participation du patient, il convient de souligner que sur les 14 millions de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation à l'hôpital public en 2018, 3 millions de passages concernent un assuré avec une ALD. Parmi ces derniers seuls 1,1 million de passages (38%) sont exonérés de ticket modérateur car étant en lien avec l'ALD.

On peut également noter qu'en moyenne seuls 23% des assurés en ALD recourent aux urgences chaque année. De plus, les tickets modérateurs facturés aujourd'hui aux patients ALD en lien avec un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation sont d'un montant plus élevé que la moyenne (le recours aux actes techniques, d'imagerie ou de biologie est croissant avec l'âge). Ainsi la mise en place du FPU minoré pour les ALD entraînerait certes une hausse du nombre de patients ALD devant s'acquitter d'une participation pour un passage non suivi d'hospitalisation aux urgences, mais cela pour un montant unitaire moindre. Au global la masse des restes-à-charge des ALD baisserait de 32% dans le cadre de la réforme.

Enfin, cette participation sera prise en charge par les organismes complémentaires en santé via le dispositif des contrats responsables dont bénéficient 95% des assurés couverts par une complémentaire santé. De même, pour les assurés les plus précaires, cette participation sera couverte par la complémentaire santé solidaire, en tiers payant donc sans avance de frais par les assurés concernés.

La nécessité du recours à la loi est motivée par la création d'une participation forfaitaire due indépendamment des règles de suppression ou de limitation de la participation du patient.

- **Adaptation des modalités de facturation des prises en charges en ambulatoire**

La mesure vise à déterminer le cadre juridique de la demande de rescrit, son processus et notamment la phase de contradictoire, les conditions de réponse par l'administration et enfin les effets attachés à un rescrit devenu opposable notamment en cas de contrôles de la tarification.

La mesure vise également à abroger l'article L. 162-22-6-1 CSS devenu obsolète avec la suppression du forfait prestation intermédiaire (FPI).

b) Autres options possibles

- **Mesures de décalage de la feuille de route des réformes**

Report de la réforme du ticket modérateur en psychiatrie et en SSR

Une option alternative consisterait à suivre le calendrier initial de la réforme du ticket modérateur pour 2021 mais cela pourrait compromettre le bon déroulement des réformes du financement des activités de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation.

Par ailleurs, il sera difficile de mesurer les effets revenus entre établissements ayant une activité de psychiatrie qui doivent être compensés comme le prévoit l'article 35 de la LFSS pour 2020 par des dotations dégressives pendant trois ans. Il est à noter que la réforme comportait un principe de neutralité tant d'un point de vue financier pour l'assurance maladie obligatoire et complémentaire qu'entre secteurs (hospitalisation publique et privée), qu'il ne sera pas possible de sécuriser en l'absence actuelle de données

Adaptation de la période de transition du nouveau modèle de financement des activités de SSR

Sans objet.

L'adaptation de la transition vers le nouveau modèle de financement des hôpitaux de proximité

Sans objet.

Prorogation de la durée des expérimentations autorisées par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012

Les sept territoires d'expérimentations ne seront pas tous prêts à passer d'emblée au nouveau système prévu par la réforme dès le 1^{er} janvier 2021. Celui-ci repose en effet sur des discussions locales entre ARS, CPAM, SAMU, transporteurs sanitaires et SDIS, qui s'annoncent complexes et qui ne pourront commencer qu'au début de l'année 2021, après la publication de textes de cadrage nationaux prévue fin 2020.

Dans ces conditions, la seule alternative serait d'imposer aux territoires ayant mis en œuvre une expérimentation de revenir de manière transitoire aux modalités d'organisation et de financement qui prévalaient auparavant : suppression des moyens garantis au SAMU en journée, modification des codes prestations pour la CPAM, forte baisse de la rentabilité pour les entreprises, etc. La suppression transitoire des organisations négociées avec les acteurs risque fort, en outre, de susciter un désengagement massif des transporteurs sanitaires, qui se traduirait non seulement par des difficultés opérationnelles majeures pour les SAMU, mais également par un surcoût significatif (intervention des SDIS au titre de la carence ambulatoire, pour un montant unitaire supérieur au coût moyen des transporteurs sanitaires privés).

Une ultime prolongation de la durée légale d'autorisation de ces expérimentations est demandée pour une année supplémentaire compte-tenu de l'impact de la crise sanitaire du COVID-19 qui a retardé l'aboutissement de la réforme des transports sanitaires urgents. A défaut, l'absence de prorogation de la durée légale de ces expérimentations pourrait pénaliser et déstabiliser les acteurs locaux, qui n'auraient pas d'autre solution que de revenir aux dispositions de droit commun antérieures.

- **Adaptation du modèle de financement des urgences**

Sans objet.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

- **Mesures de décalage de la feuille de route des réformes**

Report de la réforme du ticket modérateur en psychiatrie et en SSR

La disposition qu'il est proposé de modifier a été inscrite initialement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, et sa date d'expiration a été modifiée par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2009, 2013 et 2015.

Elle affecte la participation des assurés aux frais de soins hospitaliers, produit des conséquences sur les dépenses et l'organisation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. A ce titre, son impact sur l'ONDAM justifie sa

place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 2° et du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Adaptation de la période de transition du nouveau modèle de financement des activités de SSR

La mesure vient modifier des dispositions déjà introduites en LFSS.

L'adaptation de la transition vers le nouveau modèle de financement des hôpitaux de proximité

L'article 52 de la LFSS pour 2015 a mis en place un modèle de financement dérogatoire et protecteur pour les hôpitaux de proximité qui bénéficient d'une garantie de financement plancher, calculée sur la base des recettes des années antérieures. A défaut de maintien dans ce dispositif, les établissements concernés relèveront dès 2021 des dispositions de droit commun relatives à la tarification à l'activité.

Ainsi, la sécurisation des recettes de ces établissements crée une dépense estimée à 2 M€ et trouve donc sa place en LFSS en application du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Prorogation de la durée des expérimentations autorisées par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012

Il est nécessaire de passer par une norme législative de même nature pour pouvoir proroger la durée légale des expérimentations sur le transport sanitaire urgent.

Cette mesure aura pour effet de modifier l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 en étendant la durée des expérimentations jusqu'au 31 décembre 2021, ce qui justifie sa place en loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Cette mesure a également un impact sur le tendancier de dépenses d'assurance maladie puisqu'elle permet de générer un gain estimé à 1,3 M€ en 2021.

Report de la réforme des CLAT

La mesure a été instaurée initialement par la loi de financement de la sécurité sociale 2020. Il s'agit d'une modification qui respecte la hiérarchie des normes et le parallélisme des formes.

Report de la réforme des CAQES

La mesure instaurée par l'article 64 de la LFSS 2020 vise une diminution du taux de recours à des soins évitables ce qui contribue à la réduction des dépenses de l'assurance maladie. Le III de cet article prévoit l'entrée en vigueur du nouveau CAQES au 1^{er} janvier 2021. Une disposition législative en LFSS est nécessaire pour rectifier la date de cette entrée en vigueur.

La place de cette mesure en LFSS est ainsi justifiée par son impact financier sur les dépenses de l'année et des années ultérieures (cf. 1° et 2° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS).

• *Adaptation du modèle de financement des urgences*

La mesure proposée affecte la participation des assurés aux frais de soins hospitaliers, produit des conséquences sur les dépenses et l'organisation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. A ce titre, son impact sur l'ONDAM justifie sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 2° et du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

• *Adaptation des dispositions relatives aux modalités de facturation des prises en charges en ambulatoire*

La mesure nécessite de passer par la LFSS car elle vient mettre en place un dispositif qui interfère avec celui des contrôles de la tarification T2A lui-même prévu par la LFSS.

Ce dispositif va de ce fait influencer sur la facturation des établissements (tarification en HDJ en GHS plein ou GHS intermédiaire ou en externe), également sur le budget de l'Assurance Maladie puisque l'issue du rescrit va influencer sa capacité à reclasser un séjour et/ou recouvrer les sommes afférentes.

L'abrogation de l'article L. 162-22-6-1 nécessite un passage par la LFSS car la mesure vient supprimer une disposition elle-même introduite par la LFSS pour 2017.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

L'article L.162-23-13-1 du code de la sécurité a été créé pour insérer le rescrit tarifaire dans le code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

L'article L.162-22-6-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Oui
Mayotte	Oui
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Oui
Saint-Pierre-et-Miquelon	Oui
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Report de la réforme du ticket modérateur en SSR et en psychiatrie (ONDAM ES)		0 M€	0 M€	0 M€	0 M€
Adaptation de la période de transition du nouveau modèle de financement des activités de SSR (ONDAM ES)		0 M€	0 M€	0 M€	0 M€
Prorogation de la durée des expérimentations autorisées par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 (ONDAM FIR)		+ 1,3 M€	-	-	-

L'adaptation de la transition vers le nouveau modèle de financement des hôpitaux de proximité		- 2 M€	très faible	aucun	aucun
Report de la réforme des CLAT		+ 37,6 M€			
Report de la réforme des CAQES		+ 10 M€	- 10 M€	- 20 M€	
Adaptation de la réforme du financement des urgences (ONDAM ES)		0 M€	0 M€	0 M€	0 M€

Impact financier pour le report de la réforme du ticket modérateur en SSR et en psychiatrie : en l'absence de ce report, le reste à charge des patients serait assis à compter du 1^{er} janvier 2021 sur des tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP). Pour les ex OQN qui ne facturent pas ces tarifs nationaux, les systèmes d'information ne leur permettront pas de pouvoir facturer des TNJP dès le 1^{er} janvier 2021. La masse financière de recettes en jeu est d'environ 250M€ pour les établissements concernés, En cas de non report, cette masse devrait être compensée par l'assurance maladie à due concurrence. Ce report de la réforme permet donc d'éviter environ 300 M€ de dépenses supplémentaires en 2021 pour la branche maladie.

Impact financier pour l'adaptation de la période de transition du nouveau modèle de financement des activités de SSR : concernant l'ajustement rédactionnel relatif à la facturation directe des établissements privés, en l'absence de modification, les établissements de santé privés ne pourront plus bénéficier d'aucune recette assurance maladie obligatoire pour la valorisation de leur part activité puisqu'en l'état, elle fait référence à la dotation modulée à l'activité qui disparaît au 1^{er} janvier 2021 avec l'entrée en vigueur du nouveau modèle de financement. Ainsi, les établissements privés seraient dans l'incapacité de facturer les recettes d'activité à l'assurance maladie ce qui représenterait un impact financier majeur sur les dépenses d'assurance maladie obligatoire estimé à environ 1.3 Md€.

S'agissant du report de l'entrée en vigueur du coefficient de transition, il est justifié par la mise en place du mécanisme de sécurisation des recettes pour 2021 qu'il viendrait doubler s'il était maintenu. Il est donc indissociable de l'ensemble du dispositif financier.

Impact financier pour l'adaptation de la transition vers le nouveau modèle de financement des hôpitaux de proximité : aujourd'hui 241 établissements bénéficient du modèle de financement dérogatoire des hôpitaux de proximité. Les nouveaux critères d'éligibilité à la qualification d'hôpital de proximité sont en cours de d'élaboration ce qui ne permet d'établir de projection certaine du nombre d'établissements de santé qui seront concernés par la mesure.

Toutefois, les premiers échanges avec les agences régionales de santé sur la base des critères concertés au niveau national et des missions des hôpitaux de proximité décrites à l'article 35 de la loi OTSS, permettent d'estimer à 10% le pourcentage d'établissements qui bénéficieront du modèle transitoire en 2021, soit environ 25 établissements.

L'ATIH évalue le coût du modèle actuel à 20 M€ pour 241 établissements. Ainsi le maintien de 10% des établissements en 2021 engendre un impact financier de 2 M€.

En 2022, le nombre d'établissements bénéficiant du régime transitoire devrait avoir été considérablement réduit pour être quasiment négligeable en 2023.

Impact financier pour l'adaptation de la réforme du financement des urgences : le reste à charge du patient avant la réforme de financement des urgences est d'environ 213M€ dont seuls 33% sont effectivement recouverts par les établissements de santé. Le manque à gagner que cela représente pour eux peut être amené à être couvert par l'assurance maladie obligatoire notamment au travers du versement d'aides en trésorerie. A compter de 2021, avec la mise en place d'un FPU, le recouvrement sera amélioré du fait de la simplification de facturation liée à cette réforme. Le gain estimé pour les établissements de santé est d'environ 35M€ ce qui réduira le besoin d'aides en trésorerie financées par l'assurance maladie obligatoire. Par ailleurs, il convient de noter que la réforme s'inscrit dans l'objectif global de repositionner pleinement la médecine de ville dans son rôle de 1^{er} recours via l'affichage d'un reste à charge lisible et connu par avance par les assurés (signal prix) là où aujourd'hui l'absence de facturation immédiate en sortie de service des urgences alimente le sentiment de gratuité du recours aux urgences en comparaison avec le recours à un médecin de ville. A terme, la mesure devrait donc entraîner un transfert de la prise en charge des urgences les plus légères de l'hôpital vers la médecine de ville.

Impact financier relatif aux modalités de facturation des prises en charges en ambulatoire : Le coût du rescrit est difficilement chiffrable puisque son impact dépendra de la volonté des établissements de s'en saisir, des conséquences de ces rescrits sur les règles de facturation et la valorisation ou le déclassement des séjours concernés.

In fine, ce dispositif aura en revanche un impact, dans un sens comme dans un autre sur les dépenses d'assurance maladie : par exemple si tous séjours faisant l'objet d'un rescrit sont valorisés par un GHS alors qu'avant ils se trouvaient être facturés en activité dite externe. A contrario, le rescrit peut également permettre de conforter certaines prises en charge dans le champ de la facturation externe, là où précédemment les établissements de santé la pratiquant auraient pu, au bénéfice du doute, les facturer en hospitalisation (et prendre le risque d'un déclassement en cas de contrôle).

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

La mesure de prorogation de la durée des expérimentations autorisées par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 permettra la poursuite de l'activité de transport sanitaire urgent préhospitalier à la demande du SAMU dans les 7 territoires expérimentateurs. L'un des apports fondamentaux des expérimentations est en effet d'assurer une rentabilité aux transporteurs sanitaires privés, l'activité à la demande du SAMU dans le cadre de la garde étant autrement insuffisamment financée par rapport à la progression des coûts incombant aux transporteurs.

La mesure de réforme de la participation des assurés pour les passages aux urgences permet en simplifiant le processus de facturation d'améliorer le taux de recouvrement des créances des établissements de santé liées à cette participation et contribue ainsi à l'amélioration de la situation financière des établissements concernés.

Sans objet pour les autres mesures.

b) Impacts sociaux

La mesure de réforme de la participation des assurés pour les passages aux urgences n'a pas d'impact sur les dépenses directes des assurés, cette participation étant dans la quasi-totalité des cas prise en charge par la complémentaire santé ou pour les assurés les plus précaires d'un point de vue financier par la complémentaire santé solidaire.

Sans objet pour les autres mesures.

• *Impact sur les jeunes*

Sans objet.

• *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Le report de la réforme du ticket modérateur pour les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation n'a aucun impact sur les assurés, les règles actuelles restant applicables.

La réforme des urgences permet de simplifier les modalités de participation du patient lors d'un passage aux urgences. En effet, un seul forfait de participation des patients sera mis en place. Les autres forfaits seront pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La réforme des urgences permet de simplifier et d'alléger le recueil d'activité, qui est actuellement une charge administrative importante pour les établissements de santé, notamment pour les médecins. La facturation sera donc simplifiée et allégée également grâce aux différents forfaits qui seront mis en place. La mise en place du forfait de participation du patient permettra un meilleur recouvrement des restes à charge.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Sans objet.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret d'application pour la mesure rescrit tarifaire sera publié dans un délai de six mois suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information sera délivrée aux assurés et cotisants au moment de leur passage aux urgences.

d) Suivi de la mise en œuvre

Concernant la mesure de prorogation de la durée des expérimentations autorisées par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 : les expérimentations autorisées par l'article 66 de la LFSS de 2012 font l'objet d'un suivi régulier et précis de l'activité et de la consommation de l'enveloppe de dépenses expérimentales. Un comité de suivi de l'expérimentation est mis en place pour chacune de ces expérimentations et associe ARS, CPAM, représentants des transporteurs sanitaires, de l'établissement-siège de SAMU et le cas échéant du SDIS.

Ce comité de suivi se réunit de façon régulière.

D'autre part, chaque expérimentation locale fait l'objet d'un rapport d'évaluation à l'issue de chaque semestre. Ce rapport d'évaluation est communiqué à la DGOS, la DSS et la CNAMTS.

Enfin, le ministère rendra un rapport au Parlement sur la mise en œuvre des expérimentations 6 mois avant leur terme.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 160-13 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 160-13 modifié du code de la sécurité sociale
<p>I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.</p> <p>La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.</p> <p>L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>II.-L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des</p>	<p>I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.</p> <p>La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.</p> <p>L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce montant peut être réduit dans les cas mentionnés à l'article L. 160-9, aux 3°, 4° et 13° de l'article L. 160-14 et à l'article L. 371-1. Cette participation ne peut être supprimée, sauf dans les cas prévus aux articles L. 16-10-1 et L. 169-1 et 15° de l'article L. 160-14.</p> <p>II.-L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.</p>

<p>caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.</p> <p>Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.</p> <p>Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.</p> <p>Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.</p> <p>III.-En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie :</p> <p>1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;</p> <p>2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;</p> <p>3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence ;</p> <p>4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.</p> <p>Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3° et pour les prestations mentionnées au 4°.</p> <p>Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° bénéficie de la</p>	<p>Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.</p> <p>Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.</p> <p>Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.</p> <p>III.-En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie :</p> <p>1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;</p> <p>2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;</p> <p>3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence ;</p> <p>4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.</p> <p>Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3° et pour les prestations mentionnées au 4°.</p> <p>Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être payées, prélevées ou</p>
---	---

<p>dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.</p> <p>Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés.</p> <p>Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.</p>	<p>récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.</p> <p>Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés.</p> <p>Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.</p> <p><i>[Nota : Les dispositions du I de l'article 28 entrent en vigueur le 1er janvier 2021.]</i></p>
<p align="center">Article L.160-14 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L.160-14 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-13 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :</p> <p>1° Lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;</p> <p>2° Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;</p> <p>3° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;</p> <p>4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :</p> <p>a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;</p> <p>b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;</p> <p>5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;</p> <p>6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 ;</p>	<p>La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-13 peut être limitée ou supprimée, sous réserve des dispositions du dernier alinéa du I de l'article L.160-13, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :</p> <p>1° Lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;</p> <p>2° Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;</p> <p>3° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;</p> <p>4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :</p> <p>a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;</p> <p>b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;</p> <p>5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;</p> <p>6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 ;</p>

<p>7° Lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;</p> <p>8° Lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;</p> <p>9° Lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;</p> <p>10° Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ;</p> <p>11° Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;</p> <p>12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;</p> <p>13° Pour les titulaires d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires des articles L. 341-15, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;</p> <p>14° Pour les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;</p> <p>15° Pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;</p> <p>16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article L. 160-8, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;</p> <p>17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ;</p> <p>18° Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits ;</p>	<p>7° Lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;</p> <p>8° Lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;</p> <p>9° Lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;</p> <p>10° Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ;</p> <p>11° Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;</p> <p>12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;</p> <p>13° Pour les titulaires d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires des articles L. 341-15, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;</p> <p>14° Pour les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;</p> <p>15° Pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;</p> <p>16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article L. 160-8, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;</p> <p>17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ;</p> <p>18° Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits ;</p>
---	---

<p>19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les centres médico-psycho pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 322-5 du présent code ;</p> <p>20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 160-8 ;</p> <p>21° Pour l'assurée mineure, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ;</p> <p>22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ;</p> <p>23° Lorsque l'assuré ne relève ni du 3° ni du 10° mais se trouve dans une situation clinique nécessitant un dépistage spécifique du cancer du sein, fixée par décret en Conseil d'Etat, pour les frais d'examens de dépistage, dans des conditions fixées par ce même décret ;</p> <p>24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, pour les assurées âgées de vingt-cinq ans ;</p> <p>25° Pour les frais liés aux examens prévus à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, à l'exception de ceux pris en charge au titre du risque maternité en application de l'article L. 160-9 du présent code.</p> <p>La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.</p> <p>Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.</p>	<p>19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les centres médico-psycho pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 322-5 du présent code ;</p> <p>20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 160-8 ;</p> <p>21° Pour l'assurée mineure, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ;</p> <p>22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ;</p> <p>23° Lorsque l'assuré ne relève ni du 3° ni du 10° mais se trouve dans une situation clinique nécessitant un dépistage spécifique du cancer du sein, fixée par décret en Conseil d'Etat, pour les frais d'examens de dépistage, dans des conditions fixées par ce même décret ;</p> <p>24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, pour les assurées âgées de vingt-cinq ans ;</p> <p>25° Pour les frais liés aux examens prévus à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, à l'exception de ceux pris en charge au titre du risque maternité en application de l'article L. 160-9 du présent code.</p> <p>La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.</p> <p>Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.</p> <p><i>[Nota : Les dispositions du I de l'article 28 entrent en vigueur le 1er janvier 2021.]</i></p>
<p align="center">Article L. 162-22-8-2 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 162-22-8-2 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Par dérogation à l'article L. 162-22-6, l'activité de soins de médecine d'urgence autorisée au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, à l'exception de l'activité du service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 du même code, exercée par les</p>	<p>Par dérogation à l'article L. 162-22-6, l'activité de soins de médecine d'urgence autorisée au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, à l'exception de l'activité du service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 du même code, exercée par les établissements de santé mentionnés</p>

<p>établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code est financée par :</p> <p>1° Une dotation populationnelle, dont le montant par région est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en tenant compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région. Cet arrêté est pris après avis des organisations nationales représentatives des établissements de santé.</p> <p>L'Etat fixe annuellement le montant alloué à chaque établissement, issu de la dotation populationnelle et déterminé en fonction de critères définis au niveau régional, après avis des représentants en région des établissements de santé et des professionnels exerçant cette activité. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement au niveau national ;</p> <p>2° Des recettes liées à l'activité et tenant compte de l'intensité de la prise en charge, dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 ;</p> <p>3° Une dotation complémentaire allouée aux établissements qui satisfont des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge de cette activité sans préjudice de l'article L. 162-23-15. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de cette dotation complémentaire.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>à l'article L. 162-22-6 du présent code est financée par :</p> <p>1° Une dotation populationnelle, dont le montant par région est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en tenant compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région. Cet arrêté est pris après avis des organisations nationales représentatives des établissements de santé.</p> <p>L'Etat Le directeur de l'agence régionale de santé fixe annuellement le montant alloué à chaque établissement, issu de la dotation populationnelle et déterminé en fonction de critères définis au niveau régional, après avis des représentants en région des établissements de santé et des professionnels exerçant cette activité. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement au niveau national ;</p> <p>La répartition de la dotation populationnelle entre régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités ;</p> <p>2° Des recettes liées à l'activité et tenant compte de l'intensité de la prise en charge, dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 ;</p> <p>3° Une dotation complémentaire allouée aux établissements qui satisfont des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge de cette activité sans préjudice de l'article L. 162-23-15. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de cette dotation complémentaire.</p> <p>4° Des recettes liées à la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et prestations réalisés dans une structure des urgences d'un établissement de santé autorisée, mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p><i>[Nota : Les dispositions du I de l'article 28 entrent en vigueur le 1er janvier 2021.]</i></p>
<p align="center">Article L. 162-22-9-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 162-22-9-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>I.-Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements.</p>	<p>I.-Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6, à l'exception des forfaits déterminés en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2, peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements.</p>

<p>II.-Le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, peut être minoré par l'application du coefficient défini au I du présent article.</p> <p>III.-Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.</p> <p>IV.-Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, et le montant de cette dotation complémentaire minoré dans les conditions définies au II du présent article.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>II.-Le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, peut être minoré par l'application du coefficient défini au I du présent article.</p> <p>III.-Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.</p> <p>IV.-Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, et le montant de cette dotation complémentaire minoré dans les conditions définies au II du présent article.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p><i>[Nota : Les dispositions du I de l'article 28 entrent en vigueur le 1er janvier 2021.]</i></p>
<p align="center">Article L. 162-22-10 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 162-22-10 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>I.-Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :</p> <p>1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;</p> <p>2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ;</p> <p>3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux, aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire mentionnés au 2° des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;</p>	<p>I.-Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :</p> <p>1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;</p> <p>2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ;</p> <p>3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux, à l'exception des forfaits déterminés en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2, aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire mentionnés au 2° des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et</p>

<p>4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 ;</p> <p>5° Les seuils mentionnés à l'article L. 162-22-9-2.</p> <p>Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés aux 2° et 5° le 1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis.</p> <p>II.-La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile.</p> <p>II bis.-Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations.</p> <p>III.-Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.</p> <p>IV.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.</p>	<p>substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;</p> <p>4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 ;</p> <p>5° Les seuils mentionnés à l'article L. 162-22-9-2.</p> <p>Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés aux 2° et 5° le 1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis.</p> <p>II.-La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile.</p> <p>II bis.-Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations.</p> <p>III.-Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.</p> <p>IV.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.</p> <p><i>[Nota : Les dispositions du I de l'article 28 entrent en vigueur le 1er janvier 2021.]</i></p>
<p align="center">Article L. 162-22-11-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 162-22-11-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Pour la prise en charge, dans le cadre des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en</p>	<p>Pour la prise en charge, dans le cadre des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise</p>

<p>charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, les tarifs des prestations d'hospitalisation sont basés, selon un mode de calcul fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, sur :</p> <p>1° Une fraction, au moins égale à 80 %, des tarifs nationaux mentionnés au I de l'article L. 162-22-10 du présent code ;</p> <p>2° Pour les établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une fraction au plus égale à 20 % des tarifs permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) ;</p> <p>3° Un coefficient permettant la prise en compte des spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge de ces patients.</p> <p>La facturation de la prise en charge de ces patients tient également compte :</p> <p>a) Des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;</p> <p>b) Du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4.</p>	<p>en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, les tarifs des prestations d'hospitalisation sont basés, selon un mode de calcul fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, sur :</p> <p>1° Une fraction, au moins égale à 80 %, des tarifs nationaux mentionnés au I de l'article L. 162-22-10 du présent code ;</p> <p>2° Pour les établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une fraction au plus égale à 20 % des tarifs permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) ou la participation forfaitaire mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13 ;</p> <p>3° Un coefficient permettant la prise en compte des spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge de ces patients.</p> <p>La facturation de la prise en charge de ces patients tient également compte :</p> <p>a) Des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;</p> <p>b) Du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4.</p>
<p align="center">Article L. 169-2 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 169-2 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 :</p> <p>1° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, pour les hospitalisations résultant directement de l'acte de terrorisme ;</p> <p>2° L'article L. 313-1 en tant qu'il concerne les indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1, pour les prestations rendues nécessaires par l'acte de terrorisme ;</p> <p>3° Le délai et les sanctions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 321-2, pour les interruptions de travail résultant de l'acte de terrorisme ;</p> <p>4° La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 160-13, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;</p> <p>5° La participation forfaitaire mentionnée au premier alinéa du II du même article, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;</p>	<p>Ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 :</p> <p>1° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, pour les hospitalisations résultant directement de l'acte de terrorisme ;</p> <p>2° L'article L. 313-1 en tant qu'il concerne les indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1, pour les prestations rendues nécessaires par l'acte de terrorisme ;</p> <p>3° Le délai et les sanctions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 321-2, pour les interruptions de travail résultant de l'acte de terrorisme ;</p> <p>4° La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa et au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;</p> <p>5° La participation forfaitaire mentionnée au premier alinéa du II du même article, pour les prestations,</p>

<p>6° La franchise mentionnée au premier alinéa du III du même article, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;</p> <p>7° Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1, pour les incapacités de travail rendues nécessaires par l'acte de terrorisme ;</p> <p>8° Les délais mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 441-2, lorsque l'accident de travail résulte d'un acte de terrorisme ;</p> <p>8° bis Les conditions d'ouverture du droit prévu à l'article L. 341-2 lorsque la mise en invalidité résulte de l'acte de terrorisme ;</p> <p>9° Le délai et la durée minimale d'affiliation mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, le délai et la sanction mentionnés au sixième alinéa du même article, le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 751-26 du même code, le délai mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-5 dudit code et le délai et la sanction mentionnés au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code, pour les interruptions de travail résultant de l'acte de terrorisme.</p>	<p>actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;</p> <p>6° La franchise mentionnée au premier alinéa du III du même article, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;</p> <p>7° Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1, pour les incapacités de travail rendues nécessaires par l'acte de terrorisme ;</p> <p>8° Les délais mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 441-2, lorsque l'accident de travail résulte d'un acte de terrorisme ;</p> <p>8° bis Les conditions d'ouverture du droit prévu à l'article L. 341-2 lorsque la mise en invalidité résulte de l'acte de terrorisme ;</p> <p>9° Le délai et la durée minimale d'affiliation mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, le délai et la sanction mentionnés au sixième alinéa du même article, le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 751-26 du même code, le délai mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-5 dudit code et le délai et la sanction mentionnés au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code, pour les interruptions de travail résultant de l'acte de terrorisme.</p> <p><i>[Nota : Les dispositions du I de l'article 28 entrent en vigueur le 1er janvier 2021.]</i></p>
<p>Article L. 162-20-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 162-20-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>
<p>I.-Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés, établie par voie réglementaire en fonction des soins donnés et du niveau d'activité de l'établissement où ces soins sont donnés, sert de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22.</p> <p>Dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 et la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés sert de base au calcul de la participation de l'assuré pour les activités mentionnées aux 2° et 4° du même article L. 162-22.</p> <p>II.-La tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés et les tarifs nationaux des prestations mentionnés au I du présent article servent également, en fonction de la catégorie de l'établissement où les soins sont donnés et de l'activité à laquelle ils se rapportent :</p>	<p>I.-Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés, établie par voie réglementaire en fonction des soins donnés et du niveau d'activité de l'établissement où ces soins sont donnés, sert de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22.</p> <p>Dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 et la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés sert de base au calcul de la participation de l'assuré pour les activités mentionnées aux 2° et 4° du même article L. 162-22.</p> <p>II.-La tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés et les tarifs nationaux des prestations mentionnés au I du présent article servent également, en fonction de la catégorie de l'établissement où les soins sont donnés et de l'activité à laquelle ils se rapportent :</p>

<p>1° A l'exercice des recours contre tiers ;</p> <p>2° A la facturation des soins des patients qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;</p> <p>3° A la facturation des soins et de l'hébergement des patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20.</p> <p>III.-Par exception aux 2° et 3° du II du présent article, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent à la tarification des soins qui se rapportent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 donnés dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 lorsque le patient :</p> <p>1° Est affilié au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ;</p> <p>2° Relève de l'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ;</p> <p>3° Bénéficie de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>4° Bénéficie de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code.</p>	<p>1° A l'exercice des recours contre tiers ;</p> <p>2° A la facturation des soins des patients qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;</p> <p>3° A la facturation des soins et de l'hébergement des patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20.</p> <p>III.-Par exception aux 2° et 3° du II du présent article, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent à la tarification des soins qui se rapportent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 donnés dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 lorsque le patient :</p> <p>1° Est affilié au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ;</p> <p>2° Relève de l'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ;</p> <p>3° Bénéficie de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>4° Bénéficie de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code.</p> <p>IV. – Lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français bénéficie d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces spécialités, produits et prestations.</p>
<p align="center">Article L. 162-22-6-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 162-22-6-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>La prise en charge d'une affection nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale peut donner lieu à la facturation, par les établissements de santé mentionnés aux a à e de l'article L. 162-22-6, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° du même article L. 162-22-6.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article, notamment les critères permettant la prise en charge de cette prestation par les régimes obligatoires de sécurité sociale.</p>	<p>La prise en charge d'une affection nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale peut donner lieu à la facturation, par les établissements de santé mentionnés aux a à e de l'article L. 162-22-6, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° du même article L. 162-22-6.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article, notamment les critères permettant la prise en charge de cette prestation par les régimes obligatoires de sécurité sociale.</p>

Article L.162-23-16 actuel du code de la sécurité sociale	Article L.162-23-16 modifié du code de la sécurité sociale
<p>« I.-Les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient pour leur activité de médecine, par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, d'une garantie pluriannuelle de financement. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité, des besoins de santé de la population du territoire, tels que définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales, ainsi que de la qualité de la prise en charge des patients, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-15. Ces établissements bénéficient du versement d'un complément de recettes issues de leur activité lorsque celles-ci sont supérieures au montant du niveau garanti pour l'année considérée.</p>	<p>I.-Les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient pour leur activité de médecine, par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, d'une garantie pluriannuelle de financement. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité, des besoins de santé de la population du territoire, tels que définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales, ainsi que de la qualité de la prise en charge des patients, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-15. Ces établissements bénéficient du versement d'un complément de recettes issues de leur activité lorsque celles-ci sont supérieures au montant du niveau garanti pour l'année considérée.</p>
<p>Article L. 174-15 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 174-15 modifié du code de la sécurité sociale (avec les modifications induites par l'article 36 de la LFSS 2020 sur le SSA)</p>
<p>Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-22-8, L. 162-22-8-3, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15 et L. 162-26.</p> <p>Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11.</p> <p>Sont applicables aux activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15.</p> <p>Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.</p> <p>Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.</p> <p>Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article, notamment celles relatives aux compétences exercées par directeur général de l'agence régionale de santé.</p>	<p>Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-22-8, L. 162-22-8-2, L. 162-22-8-3, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15 et L. 162-26.</p> <p>Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11.</p> <p>Sont applicables aux activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15.</p> <p>Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.</p> <p>Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.</p> <p>Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article, notamment celles relatives aux compétences exercées par directeur général de l'agence régionale de santé.</p>
<p>II. de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 actuel</p>	<p>II. de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifié</p>
<p>II.-Jusqu'au 31 décembre 2020, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de</p>	<p>II.- « Jusqu'au 31 décembre 2020, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa</p>

<p>la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder une limite maximale fixée par décret. Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte, ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français bénéficie d'un ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces spécialités, produits et prestations.</p>	<p>rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. par dérogation à l'article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale, les tarifs applicables en 2020 dans chaque établissement restent en vigueur à la place de la tarification nationale journalière des prestations, en ce qui concerne les activités mentionnées au 2° et 4° de l'article L. 162-22 du même code. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder une limite maximale fixée par décret. Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte, ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français bénéficie d'un ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces spécialités, produits et prestations.</p>
<p>Article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020</p>	<p>Article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020</p>
<p>I.-Le livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Après la deuxième phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1. » ;</p> <p>2° Après l'article L. 162-20, il est inséré un article L. 162-20-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-20-1.-I.-Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés, établie par voie réglementaire en fonction des soins donnés et du niveau d'activité de l'établissement où ces soins sont donnés, sert de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22. « Dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 et la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés sert de base au calcul de la participation de l'assuré pour les activités mentionnées aux 2° et 4° du même article L. 162-22. »</p> <p>« II.-La tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés et les tarifs nationaux des prestations mentionnés au I du présent article servent également, en fonction de la catégorie de l'établissement où les soins sont donnés et de l'activité à</p>	<p>I.-Le livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Après la deuxième phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1. » ;</p> <p>2° Après l'article L. 162-20, il est inséré un article L. 162-20-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-20-1.-I.-Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés, établie par voie réglementaire en fonction des soins donnés et du niveau d'activité de l'établissement où ces soins sont donnés, sert de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22. « Dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 et la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés sert de base au calcul de la participation de l'assuré pour les activités mentionnées aux 2° et 4° du même article L. 162-22. »</p> <p>« II.-La tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés et les tarifs nationaux des prestations mentionnés au I du présent</p>

laquelle ils se rapportent :
 « 1° A l'exercice des recours contre tiers ;
 « 2° A la facturation des soins des patients qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;
 « 3° A la facturation des soins et de l'hébergement des patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20.
 « III.-Par exception aux 2° et 3° du II du présent article, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent à la tarification des soins qui se rapportent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 donnés dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 lorsque le patient :

« 1° Est affilié au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ;
 « 2° Relève de l'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ;
 « 3° Bénéficie de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;
 « 4° Bénéficie de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code. » ;

3° Au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et à la première phrase du 1° du I de l'article L. 162-23-4, les mots : « servant de base au calcul de la participation de l'assuré » sont supprimés ;
 4° Les articles L. 162-22-11, L. 162-23-9 et L. 174-3 sont abrogés ;
 5° Après le mot : « tarifs », la fin du 2° de l'article L. 162-22-11-1 est ainsi rédigée : « issus de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation prévue à l'article L. 162-20-1 ; »
 6° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :
 a) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-22-11, » est supprimée ;
 b) Après le quatrième alinéa, dans sa rédaction résultant de l'article 34 de la présente loi, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
 « Les dispositions de l'article L. 162-20-1 applicables aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 sont applicables aux activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées. » ;
 7° A la fin de l'article L. 175-1, les références : « des articles L. 1741 et L. 1743 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 174-1 ».

II.-Le livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
 1° Au 5° l'article L. 6143-7, les mots : « les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux » sont remplacés par les mots : «, le cas échéant, les propositions de tarifs » ;
 2° Après la référence : « L. 6145-1 », la fin du 3° de l'article L. 6162-9 est ainsi rédigée : « et le plan global de financement pluriannuel ; ».

III.-L'article 20-5-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :
 1° Les deux premiers alinéas sont supprimés ;
 2° Le début du dernier alinéa est ainsi rédigé : « Pour l'application du présent chapitre, au premier alinéa de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale, les mots : " par les caisses... (le reste sans changement). »

article servent également, en fonction de la catégorie de l'établissement où les soins sont donnés et de l'activité à laquelle ils se rapportent :

« 1° A l'exercice des recours contre tiers ;
 « 2° A la facturation des soins des patients qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;
 « 3° A la facturation des soins et de l'hébergement des patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20.
 « III.-Par exception aux 2° et 3° du II du présent article, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent à la tarification des soins qui se rapportent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 donnés dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 lorsque le patient :

« 1° Est affilié au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ;
 « 2° Relève de l'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ;
 « 3° Bénéficie de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;
 « 4° Bénéficie de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code. » ;

3° Au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et à la première phrase du 1° du I de l'article L. 162-23-4, les mots : « servant de base au calcul de la participation de l'assuré » sont supprimés ;
 4° Les articles L. 162-22-11, L. 162-23-9 et L. 174-3 sont abrogés ;
 5° Après le mot : « tarifs », la fin du 2° de l'article L. 162-22-11-1 est ainsi rédigée : « issus de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation prévue à l'article L. 162-20-1 ; »
 6° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :
 a) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-22-11, » est supprimée ;
 b) Après le quatrième alinéa, dans sa rédaction résultant de l'article 34 de la présente loi, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
 « Les dispositions de l'article L. 162-20-1 applicables aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 sont applicables aux activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées. » ;
 7° A la fin de l'article L. 175-1, les références : « des articles L. 1741 et L. 1743 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 174-1 ».

II.-Le livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
 1° Au 5° l'article L. 6143-7, les mots : « les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux » sont remplacés par les mots : «, le cas échéant, les propositions de tarifs » ;
 2° Après la référence : « L. 6145-1 », la fin du 3° de l'article L. 6162-9 est ainsi rédigée : « et le plan global de financement pluriannuel ; ».

III.-L'article 20-5-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi

<p>IV.-A la première phrase du premier alinéa du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), l'année : « 2019 » est remplacée par l'année : « 2020 ».</p> <p>V.-Pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et II du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2021. Pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et du II du présent article entrent en vigueur à la date prévue au VI de l'article 34 de la présente loi. Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et du II du présent article entrent en vigueur à la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code.</p> <p>VI.-A compter du 1er janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023, le montant annuel de la dotation mentionné à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p> <p>A compter de la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au II de l'article L. 162-23-8 dudit code est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p> <p>A compter de la date prévue au VI de l'article 34 de la présente loi et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au 1° du II de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p>	<p>modifié :</p> <p>1° Les deux premiers alinéas sont supprimés ; 2° Le début du dernier alinéa est ainsi rédigé : « Pour l'application du présent chapitre, au premier alinéa de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale, les mots : " par les caisses... (le reste sans changement). »</p> <p>IV.-A la première phrase du premier alinéa du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), l'année : « 2019 » est remplacée par l'année : « 2020 ».</p> <p>V.-Pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et II du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2021. Pour les activités mentionnées au 2° et 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et du II du présent article entrent en vigueur à la date prévue au VI de l'article 34 de la présente loi au 1er janvier 2022. Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et du II du présent article entrent en vigueur à la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code.</p> <p>VI.-A compter du 1er janvier 2021 1er janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023, le montant annuel de la dotation mentionné à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p> <p>A compter du 1er janvier 2022, de la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au II de l'article L. 162-23-8 dudit code est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p> <p>A compter de la date prévue au VI de l'article 34 de la présente loi du 1er janvier 2022 et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au 1° du II de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p>
--	--

	<p>VII. – Par dérogation au II de l'article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale, du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021, pour les activités mentionnées aux 2° et 4° de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, la base de calcul de la participation du patient demeure les tarifs des prestations d'hospitalisation ou des tarifs de responsabilité fixés par le directeur général de l'agence régionale de santé en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 .</p> <p>Du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021, pour les établissements mentionnés au d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du même code, les mêmes tarifs servent également de base au calcul de la dotation tenant compte de l'activité de l'établissement mentionnée à l'article L. 162-22-19 du même code.</p>
Article 66 de la LFSS de 2012	Article 66 de la LFSS de 2012
<p>I. — Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2012 et pour une période n'excédant pas neuf ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.</p>	<p>I. Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2012, et pour une période n'excédant pas neuf dix ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.</p>
Article 78 actuel de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016	Article 78 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016
<p>III.-Le présent article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.</p> <p>A.-(Abrogé)</p> <p>B.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2026, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.</p> <p>Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1er janvier 2021 et s'applique jusqu'au 28 février 2026 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2026.</p>	<p>III.-Le présent article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.</p> <p>A.-(Abrogé)</p> <p>B.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er janvier 2021 2022 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2026, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles à l'article L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.</p> <p>Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement liées aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L. 162-23-3 définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1er janvier 2021 2022 et s'applique jusqu'au 28 février 2026 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2026.</p>

<p>Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.</p> <p>L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.</p> <p>La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2026.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent B.</p> <p>[...]</p> <p>F.-Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1er mars 2017 au 28 février 2023, le montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code.</p> <p>Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code.</p> <p>Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</p> <p>L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III, arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.</p> <p>Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>[...]</p>	<p>Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.</p> <p>L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.</p> <p>La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2026.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent B.</p> <p>[...]</p> <p>F.-Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1er mars 2017 au 31 décembre 2020 au 28 février 2023, le montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code et du 1er janvier 2021 au 28 février 2023, le montant lié aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L.162-23-3 n'est pas facturé par les établissements mentionnés au d et e de l'article L.162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code.</p> <p>Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code.</p> <p>Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</p> <p>L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III des montants mentionnés au premier alinéa du présent F, arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.</p>
---	--

	<p>Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>[...]</p>
ANCIEN IV de l'article 57 LFSS 2020 (non codifié)	Article 57 modifié LFSS 2020 (non codifié)
<p>(...) IV.-Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2020.</p> <p>Toutefois, les conventions conclues par les départements avec l'Etat pour exercer des activités dans les domaines de la lutte contre la tuberculose et de la lutte contre la lèpre en application du second alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme lorsque celui-ci est antérieur au 1er janvier 2021.</p> <p>Lorsque le terme d'une telle convention est postérieur au 1er janvier 2021, le département peut poursuivre ces activités dans le cadre de cette convention au-delà de cette date, à la condition d'avoir demandé, en application du III de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de la présente loi et avant le 30 juin 2020, à être habilité comme centre de lutte contre la tuberculose.</p> <p>La convention continue alors de produire ses effets jusqu'à son terme ou, si elle est antérieure, jusqu'à la date à laquelle le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce sur la demande d'habilitation.</p>	<p>(...)IV. -Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.</p> <p>Toutefois, les conventions conclues par les départements avec l'Etat pour exercer des activités dans les domaines de la lutte contre la tuberculose et de la lutte contre la lèpre en application du second alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme lorsque celui-ci est antérieur au 1er janvier septembre 2021.</p> <p>Lorsque le terme d'une telle convention est postérieur au 1er janvier septembre 2021, le département peut poursuivre ces activités dans le cadre de cette convention au-delà de cette date, à la condition d'avoir demandé, en application du III de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de la présente loi et avant le 30 juin 2020 1er mars 2021, à être habilité comme centre de lutte contre la tuberculose.</p> <p>La convention continue alors de produire ses effets jusqu'à son terme ou, si elle est antérieure, jusqu'à la date à laquelle le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce sur la demande d'habilitation.</p>
Art 64 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	Article 64 modifié
<p>I.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le II de l'article L. 162-23-15, dans sa rédaction résultant de l'article 37 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, est ainsi modifié :</p> <p>a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Lorsqu'un établissement ne satisfait pas à l'obligation de recueil d'un indicateur ou que ce recueil fait l'objet d'une invalidation par l'autorité administrative dans le cadre du contrôle de la qualité des données déclarées par l'établissement de santé, le seuil minimal requis pour cet indicateur est réputé non atteint. » ;</p> <p>b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « Le produit des pénalités financières est affecté au financement des dotations mentionnées au I. » ;</p> <p>2° L'article L. 162-30-2 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-30-2.-Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de tout établissement de santé relevant de leur ressort géographique et identifié par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au deuxième alinéa. Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis</p>	<p>I.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le II de l'article L. 162-23-15, dans sa rédaction résultant de l'article 37 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, est ainsi modifié :</p> <p>a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Lorsqu'un établissement ne satisfait pas à l'obligation de recueil d'un indicateur ou que ce recueil fait l'objet d'une invalidation par l'autorité administrative dans le cadre du contrôle de la qualité des données déclarées par l'établissement de santé, le seuil minimal requis pour cet indicateur est réputé non atteint. » ;</p> <p>b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « Le produit des pénalités financières est affecté au financement des dotations mentionnées au I. » ;</p> <p>2° L'article L. 162-30-2 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-30-2.-Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de tout établissement de santé relevant de leur ressort géographique et identifié par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au deuxième alinéa. Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis</p>

<p>préalablement à la conclusion du contrat. Celui-ci a pour objet d'améliorer la pertinence et l'efficacité des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.</p> <p>« Sont soumis à l'obligation prévue au premier alinéa les établissements qui relèvent de priorités nationales définies par l'arrêté pris en application du premier alinéa de l'article L. 162-30-3, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie, ou qui ne respectent pas un ou plusieurs référentiels de pertinence et d'efficacité des actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés au même article L. 162-30-3, prévus par un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.</p> <p>« Le contrat est conclu pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les volets du contrat mentionnés audit article L. 162-30-3, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional. « En cas de refus par l'établissement de santé identifié de conclure ce contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. » ;</p> <p>3° L'article L. 162-30-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « , de qualité, de sécurité des soins » sont supprimés et les mots : « sur certains actes » sont remplacés par les mots : « pour certains actes » ;</p> <p>b) Au deuxième alinéa, les mots : « conclure un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « inclure un volet consacré à ce plan dans le » ;</p> <p>c) Au troisième alinéa, les mots : « la conclusion d'un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « l'inclusion d'un volet consacré à ce plan dans le » ;</p> <p>d) Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Ce volet peut fixer, pour les actes, prestations et prescriptions qui présentent des écarts significatifs en nombre ou en évolution par rapport aux moyennes régionales ou nationales, un nombre d'actes, prestations et prescriptions annuel cible attendu pour l'établissement. Ce nombre ne peut être inférieur de plus de 30 % au nombre de l'année précédente. La liste des actes, prestations et prescriptions qui peuvent être concernés par ce dispositif est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. « Les modalités d'élaboration du plan d'actions régional mentionné au deuxième alinéa du présent article, les catégories et le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions servant de base à la conclusion d'un volet consacré à ce plan dans les contrats ainsi que la nature</p>	<p>préalablement à la conclusion du contrat. Celui-ci a pour objet d'améliorer la pertinence et l'efficacité des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.</p> <p>« Sont soumis à l'obligation prévue au premier alinéa les établissements qui relèvent de priorités nationales définies par l'arrêté pris en application du premier alinéa de l'article L. 162-30-3, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie, ou qui ne respectent pas un ou plusieurs référentiels de pertinence et d'efficacité des actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés au même article L. 162-30-3, prévus par un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.</p> <p>« Le contrat est conclu pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les volets du contrat mentionnés audit article L. 162-30-3, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional. « En cas de refus par l'établissement de santé identifié de conclure ce contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. » ;</p> <p>3° L'article L. 162-30-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « , de qualité, de sécurité des soins » sont supprimés et les mots : « sur certains actes » sont remplacés par les mots : « pour certains actes » ;</p> <p>b) Au deuxième alinéa, les mots : « conclure un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « inclure un volet consacré à ce plan dans le » ;</p> <p>c) Au troisième alinéa, les mots : « la conclusion d'un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « l'inclusion d'un volet consacré à ce plan dans le » ;</p> <p>d) Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Ce volet peut fixer, pour les actes, prestations et prescriptions qui présentent des écarts significatifs en nombre ou en évolution par rapport aux moyennes régionales ou nationales, un nombre d'actes, prestations et prescriptions annuel cible attendu pour l'établissement. Ce nombre ne peut être inférieur de plus de 30 % au nombre de l'année précédente. La liste des actes, prestations et prescriptions qui peuvent être concernés par ce dispositif est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. « Les modalités d'élaboration du plan d'actions régional mentionné au deuxième alinéa du présent article, les catégories et le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions servant de base à la conclusion d'un volet consacré à ce plan dans les contrats ainsi que la nature</p>
---	---

des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret. » ;

4° L'article L. 162-30-4 est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-30-4.-La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé alloue, en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation des objectifs fixés au contrat, un intéressement à l'établissement sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

« A l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement par l'agence régionale de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 162-30-3 du présent code, si l'établissement présente toujours un nombre d'actes, prescriptions ou prestations largement supérieur au nombre attendu Inscrit au volet mentionné à l'avant-dernier alinéa du même article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire prévu 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, fixer un abattement forfaitaire au tarif national, pour le nombre d'actes et prestations excédant le nombre cible fixé, ainsi qu'une minoration forfaitaire de la part des produits de santé mentionnés à l'article L. 162-22-7 du présent code prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« 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. L'abattement et la minoration forfaitaires sont fixés pour une durée limitée selon un barème établi au niveau national et sont notifiés à l'établissement dans des conditions définies par décret. L'abattement ne peut excéder 50 % du tarif national et la minoration ne peut réduire de plus de 50 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

« A l'issue de la période notifiée, les sommes correspondant à l'abattement et à la minoration forfaitaires pendant la période concernée sont récupérées par réduction des recettes d'assurance maladie perçues par l'établissement et abondent le fonds d'intervention régional.

« Un décret précise les modalités d'application du présent article, et notamment les critères utilisés par les agences régionales de santé pour apprécier les taux de délivrance par les établissements des actes, prestations et prescriptions concernés. » ;

5° Après le même article L. 162-30-4, il est inséré un article L. 162-30-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-30-4-1.-Lorsque l'agence régionale de santé constate, sur un ou plusieurs territoires, l'absence persistante de délivrance d'un ou plusieurs actes qui font l'objet d'un référentiel arrêté par l'Etat, et lorsque cette absence est de nature à mettre en danger la santé des populations concernées, elle peut décider d'apporter un

des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret. » ;

4° L'article L. 162-30-4 est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-30-4.-La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé alloue, en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation des objectifs fixés au contrat, un intéressement à l'établissement sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

« A l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement par l'agence régionale de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 162-30-3 du présent code, si l'établissement présente toujours un nombre d'actes, prescriptions ou prestations largement supérieur au nombre attendu Inscrit au volet mentionné à l'avant-dernier alinéa du même article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire prévu 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, fixer un abattement forfaitaire au tarif national, pour le nombre d'actes et prestations excédant le nombre cible fixé, ainsi qu'une minoration forfaitaire de la part des produits de santé mentionnés à l'article L. 162-22-7 du présent code prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« 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. L'abattement et la minoration forfaitaires sont fixés pour une durée limitée selon un barème établi au niveau national et sont notifiés à l'établissement dans des conditions définies par décret. L'abattement ne peut excéder 50 % du tarif national et la minoration ne peut réduire de plus de 50 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

« A l'issue de la période notifiée, les sommes correspondant à l'abattement et à la minoration forfaitaires pendant la période concernée sont récupérées par réduction des recettes d'assurance maladie perçues par l'établissement et abondent le fonds d'intervention régional.

« Un décret précise les modalités d'application du présent article, et notamment les critères utilisés par les agences régionales de santé pour apprécier les taux de délivrance par les établissements des actes, prestations et prescriptions concernés. » ;

5° Après le même article L. 162-30-4, il est inséré un article L. 162-30-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-30-4-1.-Lorsque l'agence régionale de santé constate, sur un ou plusieurs territoires, l'absence persistante de délivrance d'un ou plusieurs actes qui font l'objet d'un référentiel arrêté par l'Etat, et lorsque cette absence est de nature à mettre en danger la santé des populations concernées, elle peut décider d'apporter un

<p>soutien financier spécifique pour le développement d'une ou de plusieurs activités. »</p> <p>II.-Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Au dernier alinéa de l'article L. 1421-3, après la référence : « L. 5311-1 », sont insérés les mots : « ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, » ;</p> <p>2° L'article L. 1435-7 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au deuxième alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou de pharmacien » ;</p> <p>b) Au cinquième alinéa, les mots : « aux 1° et » sont remplacés par le mot : « au » ;</p> <p>3° Au premier alinéa de l'article L. 6122-5, le mot : « avant-dernier » est remplacé par le mot : « troisième ».</p> <p>III.-Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins signés à la date de la publication de la présente loi par les établissements qui, au 1er janvier 2021, ne sont pas soumis à l'obligation prévue aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, cessent de produire leurs effets à cette date.</p>	<p>soutien financier spécifique pour le développement d'une ou de plusieurs activités. »</p> <p>II.-Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Au dernier alinéa de l'article L. 1421-3, après la référence : « L. 5311-1 », sont insérés les mots : « ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, » ;</p> <p>2° L'article L. 1435-7 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au deuxième alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou de pharmacien » ;</p> <p>b) Au cinquième alinéa, les mots : « aux 1° et » sont remplacés par le mot : « au » ;</p> <p>3° Au premier alinéa de l'article L. 6122-5, le mot : « avant-dernier » est remplacé par le mot : « troisième ».</p> <p>III.-Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins signés à la date de la publication de la présente loi par les établissements qui, au 1er janvier 2021 2022, ne sont pas soumis à l'obligation prévue aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, cessent de produire leurs effets à cette date.</p>
	<p>Mesure transitoire hôpitaux de proximité</p>
	<p>Les établissements de santé figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 ne répondant pas, au titre de l'année 2021, aux exigences du nouveau cadre juridique des hôpitaux de proximité issu de l'article 35 de la loi précitée, continuent de bénéficier, pour cette année, du régime de financement dérogatoire décrit à l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.</p>

Article 29 – Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le modèle économique d'un financement majoritaire par la T2A a généré des contraintes de gestion qui ont dans un premier temps ainsi et amélioré l'efficacité dans les hôpitaux. Cependant, la poursuite de la baisse des tarifs a mené à des tensions de fonctionnement que la communauté hospitalière dans son ensemble a fini par rejeter. La feuille de route Ma Santé 2022 et aujourd'hui celle du Ségur visent à diversifier, sécuriser, simplifier les modes de financement : en rééquilibrant l'incitation actuelle aux volumes d'activité, vers une incitation forte à la qualité et à la pertinence des soins, notamment pour les patients âgés et atteints de pathologies chroniques.

La crise de l'hôpital, puis la crise sanitaire liée à la covid-19, ont introduit deux éléments nouveaux qu'il convient de prendre en compte immédiatement :

- Les professionnels de santé demandent à ce que le financement à l'activité soit fortement tempéré par la reconnaissance de la responsabilité populationnelle des hôpitaux.
- En cas de crise sanitaire majeure, le pays a besoin de ses hôpitaux qui ne peuvent pas supporter en même temps un choc de recette. Une plus grande stabilité de leur financement est donc nécessaire.

Pour poursuivre ces objectifs, la mesure proposée vise :

- Dans un premier temps, à ouvrir la possibilité pour les établissements de santé publics et privés de bénéficier dès 2021 pour leur activité de médecine d'un financement sous forme d'une part de dotation socle, en lieu et place de la T2A, dont le pourcentage devra être déterminé par décret. .
- Dans un second temps, à expérimenter un nouveau mode de financement de l'activité de médecine à l'échelle territoriale combinant une part de financement à l'activité, une part de financement dit populationnel et une part de financement à la qualité.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

Dès 2021, les établissements qui le souhaitent, pourront bénéficier d'une dotation socle de financement pour leurs activités de médecine en hospitalisation. Cette dotation sera fixée à partir du niveau d'activité de l'année précédente et son assiette ne pourra excéder un pourcentage des recettes d'assurance maladie du périmètre des activités concernées, qui sera fixé par décret. Le taux annuel d'évolution de cette dotation socle ne pourra excéder celui de l'objectif de dépenses d'assurance maladie MCO des établissements de santé. Un coefficient de minoration s'appliquera chaque année aux recettes d'activité de médecine hospitalière réalisées par les établissements pour tenir compte du versement de cette dotation socle qui se substituera ainsi à une partie des recettes facturées en T2A.

Cette dotation socle s'inscrira dans le cadre d'un double engagement. D'une part, une contractualisation avec l'Agence Régionale de Santé sur les objectifs prioritaires d'amélioration des prises en charge hospitalières pour le territoire. D'autre part, les établissements s'engageront à faire connaître les travaux du groupe de travail sur l'expérimentation à l'ensemble des parties intéressées de leur territoire en vue d'une adhésion à l'expérimentation.

Les hôpitaux de proximité sont exclus du dispositif de la dotation socle car ils bénéficient d'ores et déjà d'une garantie pluriannuelle de financement conformément à l'article L.162-23-16 du code de la sécurité sociale.

En parallèle du droit d'option ouvert aux établissements, un programme de travail de co-construction sera initié en 2021 associant l'ensemble des parties prenantes (professionnels de santé, syndicats de médecine libérale, fédérations d'établissements, administration, Assurance Maladie) pour définir, sous un mode expérimental, un mode de financement combiné pour les activités de médecine, qui comportera à côté de la tarification actuelle à l'activité ou à l'acte, un compartiment qualité et une dotation populationnelle assise sur des critères de besoins de soins des patients du territoire. L'objectif est d'expérimenter un mode de financement moins sensible au volume d'activité. Le compartiment qualité sera attribué en fonction des résultats obtenus à des indicateurs territoriaux permettant d'apprécier la coordination des acteurs et la prise en charge globale des patients.

La publication du cahier des charges national ouvrira la période des candidatures pour l'expérimentation, elle sera accompagnée d'une campagne nationale de communication qui se traduira, entre autres, par des réunions d'informations dans chacune des régions afin d'expliquer le déroulement de celle-ci et les enjeux de santé visés.

L'expérimentation visera à obtenir des résultats concrets pour les patients et tout particulièrement pour les patients souffrant de pathologies chroniques. La réduction des hospitalisations pour soins aigus pour ces derniers est un objectif clé visé par l'expérimentation. De manière plus détaillée, la transformation attendue est, par exemple, d'inciter à des prises en charge ambulatoires en lieu et place des prises en charge en hospitalisation complète, de graduer les soins entre établissements et de mieux articuler proximité et recours, et de mieux coordonner les actions de la ville et des établissements pour des publics spécifiques afin d'éviter les hospitalisations par le biais des urgences, la redondance d'examen radiologiques ou biologiques, la sortie d'hospitalisation sans information du médecin traitant.

Le périmètre de l'expérimentation portera aussi sur les modalités de gouvernance territoriale que les acteurs mettront en œuvre pour analyser les activités, élaborer les parcours, étudier les résultats obtenus etc.

Les territoires volontaires seront accompagnés méthodologiquement durant toute la phase d'expérimentation et un comité national de suivi associera l'ensemble des parties prenantes.

La dotation populationnelle et le compartiment qualité viendront se substituer à partir du démarrage de l'expérimentation à la dotation socle contractualisée pour les établissements volontaires de 2021. Pour tous les candidats à partir de la publication du cahier des charges national, la substitution s'opérera directement entre dotation populationnelle et une partie de la tarification à l'acte ou à l'activité.

b) Autres options possibles

Sans objet.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure nécessite des dérogations à des articles de nature législatif relatifs aux modalités de financement. Le vecteur législatif est donc nécessaire pour pouvoir permettre ces dérogations dans l'expérimentation qui doit être mise en place.

La mesure produit des conséquences sur les dépenses et l'organisation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. A ce titre, son impact sur l'ONDAM justifie sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 2° et du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Sans objet.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Sans objet.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Collectivités d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion</i>	<i>Oui</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Oui</i>
<i>Saint-Martin, Saint-Barthélemy</i>	<i>Oui</i>
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Oui</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)</i>	<i>Non</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		0 € pour la dotation socle 1 M€ pour accompagner l'expérimentation	0 € pour la dotation socle 2 M€ pour poursuivre l'accompagnement de l'expérimentation		
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

La mesure proposée se décompose en deux parties :

La possibilité ouverte aux établissements de santé dès 2021 de choisir de bénéficier d'une dotation socle contractualisée assise sur un pourcentage es recettes d'assurance maladie réalisées sur le périmètre de la médecine en hospitalisation complète n'aura qu'un impact tendanciel sur les comptes de l'assurance maladie puisque le montant vient en substitution des montants facturés en tarification à l'activité. L'impact tendanciel est difficile à estimer sans connaître le nombre et le profil des établissements qui activeront le droit d'option. Il résultera de la différence entre le volume annuel de progression des recettes d'assurance maladie des séjours de médecine des établissements ayant choisi de bénéficier de la dotation socle et l'évolution retenue pour cette dotation.

Sous l'hypothèse que l'ensemble des établissements qui connaissent une décroissance de leur activité de médecine en hospitalisation complète souhaitent bénéficier de la dotation socle et que celle-ci soit fixée à 20 % de leurs recettes historiques sans mesure de périmètre, l'impact budgétaire sur les enveloppes de dotations serait un coût de l'ordre de 25M€ pour l'ensemble du champ MCO (établissements ex-DG et ex-OQN).

Du point de vue de l'ONDAM établissements de santé, l'impact global de la mesure est neutralisée par un mouvement de périmètre en base de la part tarifée à l'activité vers les dotations.

La seconde partie de l'impact découle de l'expérimentation ensuite d'un financement combiné d'une dotation populationnelle et d'un paiement à l'activité sur le champ hospitalier. Un accompagnement financier de 3 millions d'euros au total est prévu pour l'entrée dans l'expérimentation des établissements de santé qui sont volontaires. Cet accompagnement financier sera progressif et tiendra compte du rythme d'entrée des établissements dans l'expérimentation ce qui est estimé à 1 million pour 2021 et 2 millions pour 2022.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

L'impact financier de la dotation socle au niveau de l'établissement dépendra de l'évolution historique de chaque établissement. En effet un établissement en décroissance tendancielle verrait, en optant pour la dotation socle, une partie de son activité de l'année de référence garantie, stoppant ainsi pour 2021 sa décroissance. A l'inverse un établissement en forte croissance tendancielle verrait ses recettes se stabiliser sur le périmètre d'application de la dotation socle.

Exemple : Etablissement A : évolution de son activité de médecine de -2%. Sur la base d'une recette de 100, le choix de l'établissement pour la dotation socle se traduit par :

- Evolution des recettes d'activité sans participation à l'expérimentation : $100 \times 0,98 = 98$
- Evolution des recettes d'activité avec participation : $100 \times 0,2 + 100 \times 0,8 \times 0,98 = 98,4$

b) Impacts sociaux

Aucun impact spécifique

• Impact sur les jeunes

Aucun impact spécifique.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Aucun impact spécifique.

c) Impacts sur l'environnement

Aucun impact spécifique.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Aucun impact spécifique.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables [selon les cas], notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Aucun impact spécifique.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Aucun impact spécifique.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret en Conseil d'Etat et un décret simple seront publiés six mois après la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. Les caisses d'assurance maladie seront consultées sur ces projets de décret.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et la sécurité sociale sera également publié dans un délai maximum de six mois après la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Aucun impact spécifique.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucun impact spécifique.

d) Suivi de la mise en œuvre

L'expérimentation fera l'objet d'une évaluation dont les modalités seront prévues dans le décret en Conseil d'Etat. Un comité de suivi d'expérimentation sera mis en place associant les agences régionales de santé, les établissements de santé, les professionnels de ville, l'assurance maladie (CNAM/CPAM) ainsi que les membres de l'administration centrale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article non codifié
	<p>I. – A compter du 1er janvier 2021 et pour la durée de l'expérimentation prévue au II, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités de médecine au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, qui en font la demande bénéficient, par dérogation aux dispositions du 1° de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, d'une dotation socle.</p> <p>La liste des établissements volontaires est dressée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Le montant de la dotation socle est calculé sur la base d'un pourcentage des recettes de l'assurance maladie issues de l'activité des séjours de médecine réalisés l'année précédente au sein de l'établissement concerné.</p> <p>Les recettes résultant de l'activité des séjours de médecine réalisée par l'établissement concerné durant l'année en cours tient compte de la dotation socle.</p> <p>Les modalités d'entrée et de sortie de la liste des établissements volontaires, les modalités de détermination et de calcul de la dotation socle ainsi que son montant sont fixés par décret.</p> <p>II. – Une expérimentation portant sur un financement des activités de médecine des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, composé d'une dotation reposant sur des caractéristiques populationnelles, d'un paiement à l'activité et à l'acte et d'un financement à la qualité peut être autorisée pour une durée de cinq ans à compter de la publication du décret au Conseil d'Etat mentionné au dixième alinéa du présent article qui ne peut être postérieure au 31 décembre 2021 .</p> <p>Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé :</p> <p>1° Aux règles de financement des établissements de santé, de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-22, L. 162-22-6, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° A l'article L. 162-2 du même code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation notamment les conditions d'entrée dans le dispositif, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre et les modalités d'évaluation de l'expérimentation.</p> <p>Un rapport d'évaluation est transmis au Parlement au plus tard le 30 juin 2026.</p> <p>III. – La dotation prévue au II se substitue à la dotation socle prévue au I lorsque l'établissement de santé qui bénéficie de la dotation socle relève du dispositif d'expérimentation tel que prévu au II.</p>

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Une maison de naissance (MDN) est une structure autonome de suivi des grossesses, de l'accouchement et de ses suites, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes. Elle s'adresse aux femmes sans antécédents ni comorbidités particuliers, désireuses d'un accompagnement global, d'un accouchement physiologique sécurisé et de soins du post-partum réalisés au domicile à leur retour quelques heures après la naissance. La femme et son entourage bénéficient ainsi d'un suivi personnalisé par une ou deux sages-femmes depuis le début de la grossesse

La sécurité est assurée par la proximité avec un service de maternité dont chaque maison de naissance est partenaire ce qui permet un transfert rapide de la parturiente ou du nouveau-né si nécessaire.

Ces structures ont été mises en place en 2015 par le décret du 30 juillet 2015 fixant les conditions de l'expérimentation des maisons de naissance dans le cadre d'une expérimentation autorisée par la loi n°2013-1118 du 6 décembre 2013.

Les divers éléments d'évaluation recueillis¹ montrent que le dispositif obtient des résultats positifs à différents niveaux :

- En termes de sécurité des prises en charge :

L'étude conduite par l'INSERM fait état de complications maternelles situées à des taux très faibles et dans la moyenne des résultats observés dans les maisons de naissances dans les autres pays européens². Il n'est rapporté, l'année considérée, aucune situation « critique », tracée par un transfert en unité de réanimation, de soins intensifs ou par un décès maternel, alors que le nombre de parturientes prises en charge³ aurait pu y conduire, selon les taux habituellement constatés⁴. Les mêmes constats sont posés concernant les nouveau-nés, seulement 6,2% d'entre eux ayant nécessité un transfert immédiat ou secondaire en maternité ou néonatalogie, sans que les situations⁵ ne conduisent à mettre en cause un défaut d'organisation de la maison de naissance ou de pratique de ses professionnels.

- En termes de pertinence des prises en charge :

Les données recueillies témoignent d'un respect des « principes » de prise en charge en maison de naissance, tant en termes d'éligibilité des parturientes⁶ que de durée d'hébergement⁷ ou de suivi des femmes et nouveau-nés au domicile après l'accouchement.

- En termes d'efficacité des soins :

Conformément au souhait des femmes qui s'orientent vers ces structures, la prise en charge en maison de naissance s'est assortie d'un taux d'intervention très faible en cours de travail⁸ et d'une plus grande diversité des conditions d'accouchement⁹. Les maisons de naissance ont en revanche assuré, quand il le fallait, le transfert des femmes vers la maternité partenaire, ces transferts se faisant le plus souvent hors contexte d'urgence ce qui témoigne d'une bonne anticipation de ces situations. Le taux de transfert observé est, comme le relève le rapport de l'INSERM, dans la moyenne des pays européens.

- Enfin, une attention particulière a été accordée par les structures à la parentalité, à la logique de prévention et d'accompagnement personnalisé de la mère et de l'enfant.

En conclusion, les données recueillies au cours de l'expérimentation ont montré que ces structures répondaient à de réels besoins et pouvaient représenter une nouvelle offre de santé périnatale complémentaire aux soins prodigués dans les maternités.

Sur cette base, le gouvernement s'est prononcé en faveur de la pérennisation de ces structures.

¹ Il s'agit à la fois du Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maison de naissance en France de l'INSERM, novembre 2019 ; du Rapport d'évaluation médico-économique des maisons de naissance, produit, à la demande de la DGOS, par le prestataire Gouvernement Healthcare en décembre 2019), ainsi que de la consolidation nationale des rapports d'activité annuels des structures.

² Citant notamment moins de 0,5% de lésions sévères du périnée, 1,4% d'hémorragies sévères, 0,4% de ré-hospitalisation dans le mois suivant l'accouchement.

³ 506 pour l'année 2018 étudiée.

⁴ Les études (cf. Journal International de Médecine / Dr B. Jourdain. Etude Chantry A et coll. : Pregnancy-Related ICU Admissions in France: Trends in Rate and Severity, 2006–2009) font état d'environ 3,6 admissions en soins intensifs ou réanimation pour 1000 femmes enceintes et en post-partum.

⁵ Un enfant est décédé dans un contexte d'inhalation méconiale à la naissance malgré une aspiration à la naissance en maison de naissance et une réanimation débutée très rapidement (à 3 minutes) dans les locaux de la maternité partenaire

⁶ Selon l'analyse de l'INSERM, 99% des femmes pour lesquelles l'accouchement était planifié en maison de naissance respectaient les critères d'éligibilité.

⁷ Elle s'établit en moyenne à 11 heures.

⁸ Le rapport de l'INSERM cite moins de 3% de rupture artificielle de la poche des eaux, moins de 2% d'épisiotomie, aucun ou seulement un seul toucher vaginal au total pendant le travail pour la moitié des femmes.

⁹ La position est librement choisie au moment de l'accouchement avec seulement 6% des femmes allongées sur le dos.

A ce jour il existe 8 maisons de naissance implantées dans 6 régions différentes (Ile de France, Occitanie, Auvergne-Rhône Alpes, Grand Est, Guadeloupe, La Réunion). Dans le cadre de la pérennisation de ce dispositif, une extension de l'offre peut être envisagée. Celle-ci devra s'effectuer en tenant compte du taux de natalité du bassin de population considéré afin de répondre au besoin. En considérant la création d'une maison de naissance pour 30 000 naissances en moyenne, on peut ainsi projeter la création de 12 nouvelles maisons de naissance. Compte tenu de la montée en charge progressive du dispositif qui pourra se mettre en place sur la base d'appels à projet régionaux pour tenir compte des besoins du territoire, la mise en œuvre de cette mesure sera lissée sur 2 ans.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

Il est proposé de pérenniser ce dispositif qui est aujourd'hui en fonctionnement à titre expérimental (étant précisé qu'en application de l'article 22 de la loi relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire du 10 juin dernier, l'expérimentation qui devait s'interrompre au 23 novembre 2020 est prolongée jusqu'au 23 novembre 2021) et qui répond à une demande sociétale, en s'appuyant sur les résultats positifs démontrés dans le cadre de son évaluation au cours de la période 2016-2020.

b) Autres options possibles

Aucune autre option, en particulier la prolongation de l'expérimentation, ne permettrait de conférer la sécurité de fonctionnement attendue pour ces structures (stabilité de fonctionnement des équipes, visibilité à moyen terme sur leurs capacités d'accueil, etc.).

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Les structures des maisons de naissance relèvent aujourd'hui d'une expérimentation assortie de crédits non pérennes. Il faut un support de financement pour permettre à ces structures de fonctionner dans un cadre pérennisé ainsi que prendre en compte l'augmentation de leur nombre dans l'avenir. La mesure aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en LFSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Il convient de rappeler que l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Création d'un nouveau chapitre dans le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d’outre-mer

Collectivités d’Outre-mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure non applicable</i>
<i>Saint-Martin, Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Mesure non applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts**1. Impact financier global**

Le budget actuel d’une maison de naissance dans le cadre de l’expérimentation correspond à une dotation forfaitaire de 171 111 € par maison de naissance, permettant de couvrir les frais de fonctionnement (location des locaux, frais généraux) étant entendu que les sages-femmes libérales travaillant le cas échéant (hors modèle de maisons de naissance ayant recours à des sages-femmes salariées) dans les maisons de naissance sont rémunérées par l’assurance maladie selon la cotation prévue par la NGAP.

Ce budget de fonctionnement a été calculé en fonction des coûts locatifs et des estimations habituellement retenues pour les frais généraux.

Il est à noter que le coût global de prise en charge d’un accouchement dans les maisons de naissance est inférieur au coût global de prise en charge dans une maternité de niveau 1, compte-tenu de la moindre médicalisation dans les maisons de naissance (pas de personnel médical, pas de plateau technique).

Le rapport d’évaluation médico-économique des maisons de naissance réalisé par un prestataire a mis en évidence les éléments suivants de coût comparé entre un accouchement en maison de naissance et en maternité: le coût de l’accouchement sans transfert associé à trois jours de suivi à domicile de suite de couches s’élève à 2 129 € en moyenne, en maison de naissance. Ce montant est cohérent avec la faible durée de prise en charge post accouchement dans la structure mais il faut souligner qu’outre le coût de l’accouchement en maisons de naissance, et pour se rapprocher de la prise en charge post natale assurée en maternité, sont également pris en compte les coûts associés aux visites à domicile de J1, J2 et J3 par les sages-femmes de la maison de naissance. Sur cette base, un accouchement en maison de naissance est assez nettement moins cher que l’association de séjours la plus fréquente pour les primipares en maternité (les GHM 14Z13A et les GHM 15M05)¹.

L’ouverture de maisons de naissance va générer un transfert d’accouchements vers les maisons de naissance, dont le coût est moindre qu’un accouchement hospitalier.

En termes de projection des économies générées, en partant de l’hypothèse d’un différentiel minimum de financement de 1207 euros, par accouchement, à la faveur des maisons de naissance², à terme (une fois les 20 maisons de naissance projetées en fonctionnement³, et sur la base d’un nombre moyen d’accouchements de 70/an/structure), l’économie globale cumulée par an se monterait à terme dans cette hypothèse à 1,01M€ par rapport à la situation actuelle avec 8 maisons de naissance ouvertes⁴.

Depuis 2015, les 8 maisons de naissance ouvertes sont financées via le FIR pour une enveloppe globale de 1 690 000€ qui doit être conservée intégralement, l’ensemble des structures existantes ayant vocation à être pérennisées. Ces montants ont en effet vocation à couvrir les charges qui ressortent de l’étude médico-économique réalisée dans le cadre de l’évaluation de l’expérimentation comme non couvertes par les tarifs (frais d’astreinte H24 J365 et frais de structure en particulier). L’économie dégagée par ces 8 maisons de naissance actuelles peut être évaluée selon la méthode décrite supra à 676k€ par an sur la base de 70 accouchements en moyenne par structure.

Afin de répondre au besoin national, il est proposé de se baser sur un ratio d’une maison de naissance pour 30 000 naissances, correspondant à la création de 12 nouvelles maisons de naissance. En se projetant sur l’ouverture de 6 maisons de naissance par an (soit +1 026 666 € de charges) pendant 2 ans, le coût global de la mesure atteint 2 053

¹ Le GHM 14Z13A représente les accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complications significatives. Il est le séjour le plus fréquent chez les primipares comptant 158 795 séjours en 2017, auquel s’ajoute le séjour du bébé correspondant au GHM 15M05 – nouveau-nés de 3300 g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problèmes significatifs. Son tarif s’élève à 3337 euros

² Différentiel entre le tarif 14Z13A+15M05A équivalent à 3 337 € et le coût estimé en maison de naissance par GOVHE à 2129 €.

³ Soit les 8 maisons expérimentales préexistantes et les 12 nouvelles potentiellement installées. Compte tenu d’une phase nécessaire de montée en charge, ces dernières atteindront leur cible d’activité d’ici 2022 pour la partie des maisons financées en 2021 et d’ici 2023 pour les maisons financées en 2022.

⁴ Soit 1207 euros* 12 nouvelles maisons de naissance * 70 parturientes

332€. Afin d'assurer cette montée en charge, des appels à projet régionaux pourront être organisés au cours de ces deux années.

Le point d'équilibre en termes de recettes/dépenses de ce type de structure se situe autour de 125 accouchements pris en charge par an. Or, le caractère expérimental du dispositif a clairement constitué un facteur limitant à une montée en charge au-delà de 70 accouchements par an en moyenne par structure, mais sa pérennisation (et l'existence de files d'attente dans certaines structures qui aujourd'hui refusent des inscriptions) s'accompagnera d'une montée en charge permettant d'approcher ce seuil d'équilibre, qui devra par ailleurs constituer un critère d'examen des candidatures par les ARS.

En outre il convient de noter que l'analyse du quantum d'économies est ici centrée sur l'épisode accouchement + post natal immédiat, or il conviendra, dans le cadre des travaux de réforme du financement obstétrique, d'embrasser également le prénatal et à ce titre les maisons de naissance offrent également un suivi moins médicalisé et donc a priori moins coûteux, permettant d'envisager un équilibre global recettes dépenses sur l'ensemble de l'épisode de prise en charge de la grossesse à l'accouchement.

Dans le cadre du projet de réforme des financements, une réflexion est en effet menée qui doit aboutir à de nouvelles modalités de financement en obstétrique de type forfaitaire qui trouveront à terme à s'appliquer également aux maisons de naissance en substitution au mode de financement de démarrage via le FIR qui doit s'entendre comme un dispositif d'amorçage.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre					
Maladie		- 1,02 M€	- 1,02 M€ + 507 k€	+507 k€	
AT-MP					
Famille					
Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

Impact financier global : - 1.02 M€ sur 2 ans pour les 12 nouvelles structures ouvertes avec une perspective d'équilibrage recettes/dépenses au-delà d'un seuil d'activité et dans le cadre des travaux sur le forfait maternité.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

La mesure ne présente pas d'impact économique spécifique.

b) Impacts sociaux

• Impact sur les jeunes

Sans impacts spécifiques sur les jeunes.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans impacts spécifiques sur les personnes handicapées.

c) Impacts sur l'environnement

Sans impacts spécifiques sur l'environnement.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans impacts spécifiques sur l'égalité femmes hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables [selon les cas], notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

L'évaluation des maisons de naissance expérimentales a montré qu'un reste à charge était fréquent pour ce type de prise en charge, correspondant à différents postes de coût : actes réalisés en pré, per et post partum et non remboursés (ex : haptonomie, etc.), organisation de l'astreinte de sage-femme, frais généraux d'adhésion à la MDN.

Certains restes à charge sont communs avec les autres dispositifs en matière d'obstétrique (dépassement d'honoraires des sages-femmes pour certains actes et certaines consultations). Certaines mutuelles et assurances complémentaires peuvent prendre en charge ces dépassements. Dans le cadre de la réforme du financement de l'obstétrique et des négociations relatives aux tarifs des professionnels libéraux, ces sujets pourront être amenés à évoluer.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Il n'est pas attendu d'impact spécifique supplémentaire pour les administrations publiques ou les caisses d'assurance maladie.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Cette mesure sera mise en œuvre dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

- Décret en conseil d'Etat déclinant la mise en œuvre du dispositif.
- Arrêté listant les items d'évaluation suivis et remontés annuellement aux ARS.
- Instruction nationale délivrant aux acteurs régionaux des orientations complémentaires visant à s'assurer de la viabilité du dispositif et de sa bonne articulation avec le reste de l'offre.

Eu égard à la prolongation de l'expérimentation réalisée jusqu'au 23 novembre 2021 par la loi relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire du 10 juin dernier, ces différents textes devront paraître d'ici à cette date butoir.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La création de nouvelles maisons de naissance s'échelonne jusqu'à la fin de l'année 2022.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité particulière d'information n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Il est prévu de définir par arrêté la liste des items permettant l'évaluation annuelle harmonisée du fonctionnement et des résultats obtenus par les maisons de naissance. Ces données seront transmises annuellement aux ARS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	<p style="text-align: center;">CHAPITRE III TER</p> <p style="text-align: center;">Maisons de naissance</p>
	<p>Art. L. 6323-4. – Les maisons de naissance sont des structures sanitaires où des sages-femmes réalisent l'accouchement des parturientes dont elles ont assuré la préparation à la naissance et à la parentalité ainsi que le suivi médical de grossesse et de ses suites dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3.</p> <p>La maison de naissance conclut obligatoirement une convention avec un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique et contigu à celle-ci, dont le contenu est précisé par un arrêté du ministre chargé de la santé. La convention comprend notamment les modalités d'accès vers l'établissement partenaire en cas de nécessité de transport rapide des parturientes et des nouveau-nés.</p> <p>Si nécessaire, la maison de naissance peut conclure des conventions avec d'autres structures, notamment pédiatriques.</p> <p>Art. L. 6323-4-1. – Outre les activités mentionnées à l'article L. 6323-4, les maisons de naissance peuvent :</p> <p>1° Mener des actions de santé publique, de prévention et d'éducation thérapeutique notamment en vue de favoriser l'accès aux droits des femmes ;</p> <p>2° Constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des sages-femmes.</p> <p>Art. L. 6323-4-2. – Les maisons de naissance sont créées et gérées soit par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des sages-femmes, éventuellement associées pour leur exercice professionnel en maison de naissance, - un établissement de santé, - une personne morale dont l'objet porte notamment sur l'exploitation d'une maison de naissance. <p>Art. L. 6323-4-3. – L'exercice des professionnels au sein des maisons de naissance peut être libéral ou salarié.</p> <p>Art. L. 6323-4-4. – Les maisons de naissance peuvent être membres de communautés professionnelles territoriales de santé au sens de l'article L. 1434-12. Elles sont membres des réseaux de périnatalité.</p> <p>Art. L. 6323-4-5. – L'ouverture de la maison de naissance est soumise à autorisation de l'agence régionale de santé. Les maisons de naissance doivent respecter les conditions spécifiques de fonctionnement précisées par décret en conseil d'Etat et être conformes au cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé. Cette autorisation a une durée de sept ans et est renouvelable dans les mêmes conditions.</p> <p>Art. L. 6323-4-6. – I. – Lorsqu'il est constaté un manquement compromettant la qualité ou la sécurité des</p>

	<p>soins, au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux maisons de naissance ou en cas d'abus ou de fraude commise à l'égard des organismes de sécurité sociale ou des assurés sociaux, le directeur général de l'agence régionale de santé le notifie à l'organisme gestionnaire de la maison de naissance et lui demande de faire connaître, dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours, ses observations en réponse ainsi que les mesures correctrices adoptées ou envisagées.</p> <p>En l'absence de réponse dans ce délai ou si cette réponse est insuffisante, il adresse au gestionnaire de la maison de naissance une injonction de prendre toutes dispositions nécessaires et de faire cesser définitivement les manquements dans un délai déterminé. Il en constate l'exécution.</p> <p>II. – En cas d'urgence tenant à la sécurité des femmes enceintes ou lorsqu'il n'a pas été satisfait, dans le délai fixé, à l'injonction prévue au I, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité de la maison de naissance.</p> <p>La décision est notifiée au représentant légal de l'organisme gestionnaire de la maison de naissance, accompagnée des constatations faites et assortie d'une mise en demeure de remédier aux manquements dans un délai déterminé.</p> <p>S'il est constaté, au terme de ce délai, qu'il a été satisfait à la mise en demeure, le directeur général de l'agence régionale de santé, éventuellement après réalisation d'une visite de conformité, met fin à la suspension.</p> <p>Dans le cas contraire, le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce, soit sur le maintien de la suspension jusqu'à l'achèvement de la mise en œuvre des mesures prévues, soit sur la fermeture de la maison de naissance.</p> <p>Art. L. 6323-4-7 – Chaque organisme gestionnaire d'une maison de naissance transmet annuellement au directeur général de l'agence régionale de santé les informations relatives à l'activité et aux caractéristiques de fonctionnement et de gestion de la maison de naissance dont il est le représentant légal. Les informations dont la transmission est exigée sont précisées par arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>Art. L. 6323-4-8 – Les modalités d'application du présent chapitre ainsi que notamment les conditions d'autorisation des maisons de naissance, les conditions spécifiques de leur fonctionnement, de leur évaluation ainsi que les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels sont définies par décret en Conseil d'État.</p>
<p>Article L. 6323-5 Code de santé publique</p>	<p>Article L. 6323-5 modifié Code de santé publique</p>
<p>Les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 peuvent percevoir une dotation de financement du fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8. Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins.</p>	<p>Les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé, maisons de naissance et pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 peuvent percevoir une dotation de financement du fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8. Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins.</p>

	<p>Non codifié :</p> <p>Les maisons de naissance autorisées en application de la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013, doivent demander l'autorisation prévue à l'article L. 6323-4-6, dans un délai de trois mois à compter de l'entrée en vigueur du décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L.6323-4-8 du code de la santé publique.. Elles peuvent poursuivre leur activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande.</p>
--	---

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

La mise en place d'un hébergement non médicalisé des patients a pour but de fluidifier les prises en charge hospitalières en amont et en aval des séjours afin de recentrer l'hôpital sur sa mission de soins. Il s'inscrit dans une dynamique de virage ambulatoire permettant de favoriser les prises en charge de courte durée pour la réalisation des soins hospitaliers, de favoriser une réorganisation des établissements tout en assurant, pour les patients résidant loin de structures de soins un accès aux services de santé de l'hôpital quand ils en ont besoin. C'est dans cet objectif qu'un dispositif expérimental a été mis en œuvre dans le cadre de la LFSS pour 2015. Ce dispositif pourrait contribuer à réduire les dépenses de transports des patients et à assurer une optimisation des capacités d'hospitalisation complète.

• *Bilan du dispositif expérimental*

Cadre réglementaire

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale 2015 a autorisé, pour une durée de 3 ans et à titre expérimental, les établissements de santé à proposer une prestation d'hébergement temporaire non médicalisée pour leurs patients en amont ou en aval de leur hospitalisation.

Le décret n° 2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients est venu ensuite préciser les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation.

Un financement FIR a été attribué à chaque projet.

Le bilan du dispositif

41 sites d'établissements, de tous statuts et répartis sur l'ensemble du territoire national, ont été retenus par arrêté en date du 6 juillet 2017 pour participer à l'expérimentation dans le cadre de l'appel à projets national. Une évaluation a été conduite selon les modalités définies dans un arrêté en date du 29 avril 2019 sur 30 sites répondants dont 29 avaient mis en place de façon effective le dispositif.

Sur le plan quantitatif, la cible d'activité d'hébergement 2018 avait été fixée à 35 000 séjours et 56 000 nuitées d'hébergement non médicalisé par les expérimentateurs. L'activité réalisée demeure assez nettement en-deçà des objectifs quantitatifs initiaux avec 7 800 séjours concernés et 17 500 nuitées assurées en 2018. Certains expérimentateurs « têtes de pont » font cependant état d'une activité dynamique. L'activité tend également à se développer et à se diversifier pour l'ensemble des établissements, suggérant par-là la levée progressive des freins opérationnels à la mise en œuvre de l'expérimentation notamment la faible visibilité du dispositif auprès des professionnels de santé et du grand public. Il s'agit de séjours (HDJ ou hospitalisation complète) de médecine et de chirurgie, de séances ou de soins de suite et de réadaptation.

Du point de vue organisationnel, si une grande majorité des établissements a fait appel à un partenaire proche géographiquement (ex. : hôtel commercial, maison d'accueil hospitalière), quelques-uns ont développé en interne des structures d'hébergement non médicalisé. En fonction de leurs possibilités, une partie d'entre eux assure aussi le transport des patients vers le lieu d'hébergement, leur restauration mais aussi la prise en charge hôtelière des accompagnants.

D'un point de vue plus qualitatif, les résultats transmis répondent bien aux objectifs et enjeux de l'expérimentation. Les hébergements non médicalisés ont bien bénéficié aux patients plutôt éloignés géographiquement dans le cadre de prises en charge courtes / ambulatoires et peu sévères dans le respect des recommandations de la HAS.

Le niveau de satisfaction de ces patients s'établit entre 90% et 95% et le parcours de ces patients semble s'être déroulé dans un cadre sécurisé avec peu de dysfonctionnements signalés.

• *Les enseignements de l'expérimentation*

Le principe de non médicalisation de l'hébergement est important dans la mesure où il évite que le lieu d'hébergement ne devienne un lieu de prise en charge hospitalière « dégradé », le patient étant sorti de l'hôpital. Ce principe permet de sécuriser une prestation d'hébergement bien distincte de celle d'hospitalisation.

L'expérimentation a montré que l'hébergement non-médicalisé pour patient avait sa place dans l'organisation des parcours des patients, principalement en cas d'éloignement géographique, et constituait un levier pour favoriser le virage ambulatoire et permettre à l'hôpital de se réorganiser en interne (optimisation des DMS, attractivité...) tout en assurant une meilleure accessibilité pour les patients et en limitant les transports itératifs.

Elle a toutefois montré ses limites en raison de sa durée ne permettant pas nécessairement aux établissements « débutants » (une majorité d'établissements expérimentateurs ont mis ce dispositif en place en 2017 et 2018) de mettre en œuvre de façon complète le dispositif et de le développer. Compte tenu des volumes atteints, il n'a pas été possible, de ce fait, de mesurer complètement les impacts organisationnels produits par le dispositif en terme d'organisation interne des hôpitaux ni son impact régional sur l'offre de soins et l'accessibilité au sein des territoires.

Enfin, même si l'accompagnement financier via le FIR (environ 25 000 € par établissement par an) a globalement agi comme une « rampe de lancement » de l'expérimentation permettant d'engager le démarrage de l'activité, ce niveau de

financement et son caractère forfaitaire a montré ses limites pour permettre l'incitation vers un niveau d'activité plus soutenu. Ainsi dans un objectif d'étendre le dispositif il apparaît nécessaire d'envisager un mode d'accompagnement financier plus à même de soutenir le développement de l'hébergement non médicalisé en offrant un financement plus attractif et incitatif le temps que les transformations structurelles attendues produisent leurs effets, notamment de performance ou de marge de manœuvre pour les établissements ou directement sur les dépenses d'Assurance Maladie (économies de transports), contribuant à l'équilibre du modèle économique du dispositif à terme.

En tant qu'outil permettant de concentrer l'utilisation des ressources capacitaires hospitalières sur des prises en charge strictement médicalisées, ce dispositif constitue un levier complémentaire pour assouplir et accroître la capacité de réponse aux besoins de soins hospitaliers parmi d'autres évoqués au sein du Ségur de la santé. Il est également un levier pour la généralisation des chambres à un lit (via le départ de certaines nuitées qu'il permet) et un élément de confort des patients en ce qu'il permet de leur faciliter l'accès aux soins en cas d'éloignement géographique et de limiter la durée de séjour à l'hôpital ou les éventuels transports itératifs (séances). Ce dispositif apparaît ainsi comme à pérenniser et à encourager plus qu'il n'a pu l'être à ce stade via le dispositif d'expérimentation.

Compte tenu de ces éléments, il est proposé de renforcer le soutien au développement des hôtels hospitaliers pour rendre ce dispositif plus attractif pour le plus grand nombre des établissements de santé et plus accessible pour les patients le souhaitant. La montée en puissance du dispositif permettra également de mieux définir son modèle médico-économique à long terme.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

Il est proposé d'introduire un article non codifié pour permettre aux établissements de santé de bénéficier de façon temporaire d'un financement dédié pour mettre en place et proposer un hébergement non-médicalisé du patient notamment via des partenaires extérieurs, ou au sein même de sa structure. Ce financement transitoire permettra à l'établissement de déployer ce nouveau dispositif. Il s'agit de la mesure 17 du Ségur de la santé conclue en juillet 2020.

Le champ de la mesure concerne les séjours de médecine et de chirurgie, les séances ainsi que le SSR. Ne sont pas concernés les hébergements pour les femmes enceintes en amont de leur accouchement, cette mesure étant incluse dans « l'engagement maternité » voté dans le cadre de la LFSS pour 2020. Pour rappel cet engagement maternité comprend un bouquet de services destinés à améliorer l'accès aux soins des parturientes éloignées géographiquement de leur maternité (hébergement, transports vers la maternité...).

S'agissant du financement de ce dispositif, il est proposé d'accompagner et d'inciter les établissements à le mettre en œuvre par la mise en place d'une dotation de type MIGAC temporaire, qui serait allouée en fonction du nombre de nuitées, et pourrait être modulée en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité et qui s'éteindrait au bout de 3 ans. Le cas échéant, pour Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon, le financement relèvera de la DAF.

Un cahier des charges fixerait les conditions d'accès au financement, en termes de qualité d'hébergement ainsi que de remontée d'information pour permettre l'évaluation du dispositif ;

La dotation serait allouée aux établissements sur la base du nombre de nuitées pour être incitatif sur une durée limitée afin de favoriser leur autonomisation financière. La dotation interviendrait en fin d'année pour tenir compte de l'activité effectivement réalisée (remontée soit via FICHCOMP soit via DATEX – éléments en cours d'expertise). Ce financement sera versé à un large panel d'établissements proposant le dispositif, et donc également aux établissements expérimentateurs ayant déjà mis en place ce type d'hébergement afin de leur permettre de continuer à développer leur activité pour améliorer l'autofinancement de cette nouvelle organisation.

La dotation globale ainsi distribuée en fin d'année aux établissements sera modulée en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité. Les résultats atteints en termes d'efficacité et de qualité seraient mesurés par des indicateurs définis par décret remontés dans le même temps que l'activité réelle (taux d'évènements indésirables et taux de satisfaction des patients par exemple). Cette modulation pourrait fonctionner par un système de paliers, selon le scoring qualité obtenu par l'ES (ex : plage de score maximale atteinte = versement entier – puis en fonction du niveau de dégradation du score qualité = versement à hauteur de 80%, de 50% ...).

Il est proposé de ne pas imposer une participation financière du patient, mais de laisser la possibilité aux établissements mettant en œuvre la mesure, de conventionner localement avec les organismes complémentaires.

Un rapport d'évaluation sera réalisé au 31 décembre 2022 et transmis au Parlement.

Ce modèle de financement est en cours de discussion dans le cadre d'un groupe technique associant fédérations hospitalières, DSS, CNAM et DGOS. Le groupe technique a aussi pour objectif de construire le dispositif d'évaluation à conduire sur les 2 premières années de mise en œuvre pérenne de la mesure, afin de recueillir les indicateurs qui permettront de suivre l'impact en gains, et d'affiner ainsi son modèle économique d'ensemble : sur l'accès renforcé aux soins dans certains territoires et pour certains types de prises en charge, sur le développement de l'activité ambulatoire, sur les économies générées pour l'Assurance Maladie (transports notamment), sur l'amélioration des organisations des établissements. Les travaux à venir devront également permettre de déterminer si une participation du patient aux frais d'hébergement doit être systématisée et harmonisée et si une telle participation a vocation à être prise en charge par les organismes complémentaires dans le cadre du dispositif des contrats responsables.

b) Autres options possibles

Aucune autre option n'est possible.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure justifie pleinement son inscription en loi de financement de la sécurité sociale dans la mesure où il s'agit de la mise en œuvre initiale d'un dispositif financier destiné à permettre aux établissements de déployer ce dispositif

d'hébergement soit en interne, soit avec des prestataires extérieurs dans le cadre de conventions. La mise en œuvre de cet hébergement est de nature à accompagner les évolutions des organisations internes des établissements dans le cadre de la bascule ambulatoire mais aussi d'avoir des impacts sur l'organisation territoriale de l'offre favorisant les coopérations et les regroupements pour mieux organiser le recours aux soins.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Néant.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Elle relève de la compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Néant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Néant.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure applicable
Mayotte	Mesure applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'objectif recherché dans le financement de la mesure est d'accompagner de manière incitative, sur les 3 premières années après la création du dispositif, la mise en place et le développement de l'hébergement non médicalisé pour patient et d'atteindre ensuite son autofinancement par des réorganisations structurelles des établissements et par les économies générées pour l'Assurance Maladie. Les établissements qui souhaiteraient entrer dans le dispositif au cours des 3 ans, bénéficieront du financement au prix de la nuitée. (Passé les 3 ans d'aide à la mise en œuvre du dispositif, les établissements qui souhaiteraient développer une offre d'hébergement pour patient devront le faire en assurant son autofinancement. Ils pourront pour cela s'appuyer sur les facteurs de réussite qui auront été identifiés dans les travaux actuellement en cours de l'ANAP.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)

	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		- 1,8 M€	- 1,8 M€	- 1,8 M€	
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

Coût total : 14,7 M€ /Compte non tenu des économies de charges parallèles permettant à terme l'équilibre du modèle (réorganisations structurelles, gains hôteliers, accroissement de la rotation de PEC des patients, économies Assurance Maladie de transports, ...) et de l'impact sur les GHS.

Principe de calcul :

Afin d'évaluer le coût total de la mesure, la part de l'activité en hôtel pour patient au sein de l'activité globale (séjours et séances de médecine, chirurgie et SSR HC et HP) des établissements a été évaluée sur la base des résultats de l'expérimentation. Elle se situait, pour une majorité, entre 0,2 et 0,4%, les ES les plus avancés se situant à 1% (Foch) ou 2.5% (IGR) en 2018 de leur activité avec séjours en hôtel pour patient. Avec le passage en droit commun renforçant le financement d'aide au lancement du dispositif, une augmentation significative du volume d'activité est à prévoir.

Ce niveau d'activité est projeté sur 20% des établissements de santé français ex-DG et ex-OQN de l'année 2018 (séjours et séances de médecine, chirurgie et SSR HC et HP), soit environ 400 ES.

Le scénario de chiffrage repose sur une croissance de l'activité en volume chaque année, avec une cible ambitieuse en années 2 et 3 basée respectivement sur les taux constatés à Foch et à I4IGR, deux des expérimentateurs les plus avancés. Le financement de la mesure n'impose pas aux établissements l'atteinte d'un seuil d'activité pour le percevoir. Sur les 3 années de vie du dispositif, ils percevront un financement selon leur activité réelle et le prix de la nuitée.

Le coût de la nuitée pris en charge est projeté à 70 euros (soit un peu au-delà du prix moyen recensé lors de l'expérimentation pour les établissements en contrat avec des structures hôtelières commerciales).

En année 1 : hypothèse de 0,5% des séjours concernés par une nuitée en hôtel, avec un financement à 70 euros la nuitée

En année 2 : hypothèse de 1% des séjours concernés par une nuitée en hôtel, avec un financement à 70 euros la nuitée

En année 3 : hypothèse de 2.5% des séjours concernés par une nuitée en hôtel, avec un financement à 70 euros la nuitée

Au bout de 3 ans, il est considéré que le modèle économique d'ensemble est en capacité de s'équilibrer via l'ensemble des gains générés pour l'Assurance Maladie (transports) et en termes d'efficience interne des établissements (pour ces derniers via les économies de charges hôtelières et soignantes réalisées, et les optimisations capacitaires permettant une accélération des prises en charge des besoins de soins de la population et donc un développement de l'activité, notamment ambulatoire).

La composante qualité de ce scénario s'entend dans les hypothèses développées *supra* comme générant une décote en fonction du *scoring*.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

Cette mesure implique une charge administrative pour l'établissement de santé dans le déploiement du dispositif et dans sa gestion (réservation des chambres etc.). La charge administrative est couverte par les recettes déléguées.

b) Impacts sociaux

Aucun impact spécifique.

• Impact sur les jeunes

Aucun impact spécifique

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Aucun impact spécifique.

c) Impacts sur l'environnement

Aucun impact spécifique.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Aucun impact spécifique.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

- **Impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives**

Il est proposé, dans un premier temps, de ne pas imposer une participation financière du patient aux frais d'hébergement dans les hôtels hospitaliers afin de ne pas freiner le recours à ce dispositif mais de laisser la possibilité à des organisations locales de prévoir une participation du patient ou des organismes complémentaires.

Dans le cadre du dispositif d'évaluation mené dans les deux premières années de vie du dispositif, le sujet de la participation obligatoire des patients ou des organismes complémentaires sera réexaminé.

- **Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)**

Des discussions sont actuellement en cours avec l'ATIH pour évaluer les modalités de remontée de l'activité en hôtel pour patient ainsi que des indicateurs qualité qui seront définis. Ces deux paramètres conditionnant le versement du financement de l'aide à la mise en œuvre du dispositif.

- **Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.**

Aucun impact spécifique.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret d'application concerté avec les acteurs est à prévoir pour décliner les critères d'application du dispositif et le modèle économique et permettre, lorsque l'organisation retenue le prévoit, la facturation par les établissements de santé aux patients d'une participation aux frais d'hébergement via l'ajout à la liste des exigences particulières prévue au R. 162-27 du code de la sécurité sociale.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prévoira un cahier des charges fixant les conditions d'accès à ce financement.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Néant.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une communication grand public est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Mise en place d'un groupe de suivi avec les différents acteurs pour affiner le modèle économique et organisationnel, en lien avec l'ANAP notamment.

Suivi de la mesure également assuré dans le cadre des instances prévues pour le Ségur de la Santé.

Article 32 – Prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Lors de l'état d'urgence sanitaire déclaré par la loi du 23 mars 2020, et afin de lutter contre la propagation de l'épidémie de Covid-19, plusieurs mesures de prise en charge intégrale exceptionnelle par l'assurance maladie obligatoire de certains frais de santé ont été mises en œuvre, notamment en matière de télé médecine.

S'agissant des assurés particulièrement exposés au risque de COVID-19, ces dérogations ont pu être mises en œuvre par décret (décret n°2020-73 du 31 janvier 2020) pris en application des dispositions de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale qui permet, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, l'adoption de règles de prise en charge renforcée de certains frais de santé. Plusieurs conditions conventionnelles de réalisation et de prise en charge de téléconsultations au profit de personnes atteintes de la COVID-19, suspectées d'infection ou particulièrement fragiles ont ainsi pu être adaptées.

En revanche, la mise en œuvre d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des assurés, des téléconsultations et non pas simplement pour les assurés les plus exposés au risque épidémique a nécessité l'adoption d'une disposition législative, la participation des assurés à ces frais étant prévue par la loi (articles L. 160-13 et L. 160-14 du CSS). Cette dérogation a été portée par l'ordonnance n°2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de COVID-19 et a été prolongée par l'ordonnance n° 2020-737 du 17 juin 2020 modifiant les délais applicables à diverses procédures en matière sociale et sanitaire afin de faire face aux conséquences de la propagation de l'épidémie de covid-19.

Il ressort de la consultation des professionnels de santé menée durant le Ségur de la santé que les téléconsultations apparaissent particulièrement pertinentes pour gérer certaines situations (par exemple : suivi de patients souffrant d'une pathologie chronique bien contrôlée, renouvellement d'ordonnance, explication des résultats d'un examen médical...). Elles pourraient aussi contribuer à proposer une alternative pertinente au recours aux services d'urgence Enfin, elles permettent d'épargner un déplacement à certains patients fragiles, peu mobiles ou éloignés du lieu de consultation.

Afin d'accompagner l'essor de cette pratique, il est donc proposé de prolonger jusqu'à la fin de l'année 2021 la mesure dérogatoire de prise en charge à 100% des téléconsultations, afin de laisser le temps aux partenaires conventionnels de redéfinir les conditions de recours à cette pratique et aux professionnels de santé de s'équiper des outils et solutions techniques permettant sa gestion dans le droit commun.

La prolongation de cette exonération de ticket modérateur au profit de l'ensemble des assurés nécessite une mesure législative afin de déroger à l'article L.160-14 du code de la sécurité sociale.

Cette mesure sera accompagnée d'autres mesures ne figurant pas dans le PLFSS car de nature conventionnelle destinées à renforcer et soutenir le recours aux téléconsultations. Les représentants des professionnels de santé mèneront en effet des négociations conventionnelles avec la Caisse nationale d'assurance maladie à l'automne afin de favoriser le recours à la télé médecine en assouplissant les conditions de remboursement mais également d'ouvrir le recours à la télésanté à l'ensemble des professionnels de santé conventionnés

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à prévoir à titre temporaire la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire de l'ensemble des téléconsultations réalisées jusqu'à la fin de l'année 2021, en exonérant ces actes de toute participation de l'assuré.

Cette exonération bénéficiera à l'ensemble des assurés dont les frais de santé ne sont pas déjà pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire aujourd'hui (c'est-à-dire aux assurés autres que les personnes en ALD, les assurées bénéficiant de l'assurance maternité, les personnes victimes d'un ATMP, etc.).

Cette prise en charge permettra de faciliter l'accès à ces actes, en simplifiant les modalités de paiement, le recours au tiers-payant intégral étant alors favorisé. Elle permettra également d'améliorer l'accès aux soins des assurés résidant en zone sous dense et ayant des difficultés d'accès à un médecin généraliste ou spécialiste.

b) Autres options possibles

Il aurait été possible de ne pas prévoir de prise en charge intégrale des téléconsultations en 2021, rétablissant ainsi une prise en charge de droit commun avec l'acquittement d'un ticket modérateur de 30% par l'assuré et de limiter les mesures destinées à soutenir le recours aux téléconsultations aux mesures conventionnelles. 95% des assurés étant couverts par un contrat de complémentaire santé¹, ils bénéficient d'ores et déjà par ailleurs de la prise en charge intégrale de ce ticket modérateur par l'action combinée de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire. Ils ne sont en revanche pas forcément dispensés de devoir faire l'avance de ce ticket modérateur, si la téléconsultation n'est pas facturée en tiers-payant intégral.

¹ DREES, La complémentaire santé – acteurs, bénéficiaires, garanties, 2019.

En l'absence de temps suffisant pour que les professionnels de santé puissent acquérir les outils et solutions techniques permettant de recueillir la participation des assurés à distance, la fin de la mesure de prise en charge à 100% par l'assurance maladie des téléconsultations risquerait de freiner fortement le développement de cette pratique à rebours de l'objectif poursuivi par le Gouvernement.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure emporte des conséquences financières directes pour tous les régimes d'assurance maladie obligatoire concernés, selon l'affiliation des assurés.

Elle trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale à ce titre en application du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, en tant que disposition ayant des effets sur les dépenses des régimes obligatoires de base.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Il convient de rappeler que l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante par la CJUE qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale, du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet. La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La présente mesure implique de modifier l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La présente mesure ne nécessite pas d'abroger de dispositions obsolètes.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable (mesure réglementaire nécessaire)
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable

<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure permet une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire du coût des téléconsultations réalisées par l'ensemble des assurés jusqu'au 31 décembre 2021.

En partant de l'hypothèse de 250 000 téléconsultations réalisées par semaine, comme cela a été le cas à l'issue de la période de confinement, avec un reste à charge actuel moyen par assuré (c'est-à-dire tenant compte des assurés bénéficiant d'une exonération de participation au titre de leur ALD, de leur invalidité...) de 5 € par téléconsultation, le coût d'une prise en charge à 100% des téléconsultations en année pleine pour l'ensemble des assurés s'élèverait ainsi à 65 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre		- 65			
- Maladie		- 65			
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

Si le recours aux téléconsultations se maintient ou s'accroît, la mesure devrait avoir un impact positif pour les professionnels de santé réalisant des téléconsultations.

b) Impacts sociaux

La mesure améliorera l'accès aux soins des assurés et leur permettra de bénéficier de consultations intégralement prises en charge. Cela permettra par ailleurs d'être pris médicalement en charge plus tôt et d'éviter ainsi à certains assurés une dégradation possible de leur état de santé.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Cette mesure participera à faciliter l'accès aux soins dans les cas pouvant être traités par un acte de télé-médecine aux assurés souffrant d'un handicap réduisant leur mobilité.

c) Impacts sur l'environnement

Cette mesure encouragera la réalisation de téléconsultations lorsqu'une consultation classique n'est pas nécessaire. Ainsi un déplacement moindre des assurés aura un impact environnemental.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Pour bénéficier de la mesure, les assurées n'auront pas de démarches supplémentaires à effectuer. Il conviendra cependant de veiller à ce que les assurés soient informés de la prise en charge intégrale des téléconsultations.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Cette mesure n'implique pas de charge administrative lourde pour les caisses de sécurité sociale : les systèmes d'information de l'assurance maladie seront mis à jour pour prévoir l'exonération de ticket modérateur à l'ensemble des assurés sur les téléconsultations.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Sans objet.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses d'assurance maladie informeront les assurés via leur site internet. Les praticiens ainsi que les centres de santé seront aussi informés par newsletter pour assurer une bonne information des nouvelles conditions de prise en charge.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure fera l'objet d'un suivi du nombre de téléconsultations réalisées et intégralement prises en charge par les régimes.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article non codifié
	La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale relative aux actes de téléconsultation est supprimée jusqu'au 31 décembre 2021.

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les prochaines élections des représentants des unions régionales de professionnels de santé (URPS) se dérouleront, pour la première fois, par voie dématérialisée sur une période unique en avril 2021. Les résultats de ces élections, critères déterminant de la représentativité des syndicats, permettent aux représentants des professionnels de santé de participer aux négociations conventionnelles avec l'assurance maladie. Ces élections constituent donc un moment démocratique important pour les professionnels de santé.

Or en application de la législation en vigueur, une négociation doit s'ouvrir six mois avant l'échéance d'une convention dont la durée est de cinq ans. La convention médicale du 25 août 2016 approuvée le 20 octobre et publiée au Journal officiel le 23 octobre 2016 arrivera normalement à échéance le 24 octobre 2021. L'ouverture des négociations devant être précédée elle-même d'une enquête de représentativité d'une durée d'environ trois mois, ce délai de 9 mois suppose donc un lancement du processus de négociation dès janvier 2021, soit trois mois avant les élections et au moment même où la négociation des impacts conventionnels des mesures issues du Ségur de la santé devrait se conclure. Or il est nécessaire d'assurer la représentativité des signataires de la convention et donc impossible d'entamer des négociations juste avant les élections aux URPS. Une prorogation de la convention, pour une durée limitée, est donc indispensable.

Par ailleurs, les conclusions du Ségur de la santé dans son volet ambulatoire engagent des évolutions de l'activité des professionnels de santé libéraux. Dans ce contexte, les partenaires conventionnels ont été invités à ouvrir des négociations autour des priorités issues du Ségur de la santé, que sont notamment l'accès aux soins non programmés, le renforcement de l'exercice coordonné et le déploiement de la télésanté.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

La mesure proposée vise à prolonger d'un an et demi l'échéance de la convention médicale pour tenir compte de la date des élections aux URPS et laisser une marge aux partenaires conventionnels à la suite de ces élections pour mener les futures négociations.

b) Autres options possibles

Sans objet, s'agissant de dérogations à des mesures législatives.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La convention médicale constitue un élément important dans la construction de l'équilibre financier pluriannuel de l'assurance maladie ; au regard de la chronique financière des conventions passées, un report de l'entrée en vigueur de la nouvelle convention devrait logiquement se traduire par un report de dépenses pour l'assurance maladie, ainsi que l'illustre le tableau chiffré de l'étude d'impact.

La convention médicale de 2016 régissant les conditions et modes de rémunération des médecins conventionnés pour la majeure partie de leurs revenus aura un effet sur les dépenses des régimes d'assurance maladie affectant directement l'équilibre financier de ces régimes, ce qui justifie la place de la mesure en LFSS en application du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet ; la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

S'agissant de mesures transitoires, elles ne sont pas codifiées.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Applicable
Mayotte	Applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Pour le report de la convention : l'impact sur les dépenses d'assurance maladie des conventions médicales précédentes était en moyenne de 600 M€ répartis environ pour moitié sur les 12 et 24 mois suivant l'entrée en vigueur de la nouvelle convention. En fonction de la date de conclusion des négociations on peut anticiper la chronique d'impact suivante.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		+ 50	+ 200	+ 50	- 300
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

Sans objet.

b) Impacts sociaux

Sans objet.

• ***Impact sur les jeunes***

Sans objet.

• ***Impact sur les personnes en situation de handicap***

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables [selon les cas], notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Sans objet.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Sans objet.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Sans objet.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Aucun texte d'application n'est prévu.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Article 34 – Assurer une meilleure prévention des risques et garantir la préservation de la santé au travail par une action coordonnée des professionnels de santé sur le territoire

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le rôle central de la prévention, incluant la préservation de la santé, dans tous les milieux et tout au long de la vie, constitue un axe fort du Gouvernement. Elle vise à répondre aux risques sanitaires liés à l'exposition aux polluants et aux toxiques, aux risques infectieux, à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et à l'adaptation du système de santé aux nouveaux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux.

L'amélioration de la connaissance des expositions professionnelles des salariés agricoles, risques chimique, physique ou biologique, touche l'ensemble des filières de la production agricole. Les nuisances professionnelles¹ constatées lors des examens médicaux réalisés, qui en moyenne ne concernent qu'un tiers des salariés agricoles, permettent de dégager des priorités d'actions de prévention. Cependant, compte tenu d'un déficit chronique de médecins du travail, beaucoup d'entreprises restent sans conseil pour améliorer leur situation et le nombre de ces examens continue de baisser alors que le nombre de salariés de ces entreprises augmente.

Dans le contexte actuel lié au risque de propagation du covid-19 en milieu de travail, de très nombreuses entreprises doivent aussi adapter leur organisation et les conditions de travail de leurs salariés afin de prendre en compte les mesures barrières et de distanciation sociale rendues obligatoires dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. De ce fait, les employeurs, les salariés et leurs représentants sont donc amenés à saisir très régulièrement les services de santé et sécurité au travail. Le protocole paritaire pour la santé et la sécurité dans les exploitations et les entreprises agricoles signé récemment par les partenaires sociaux agricoles souligne ce rôle clé de ces services dans la prévention et la préservation de la santé des travailleurs.

Or, l'effectivité des mesures de prévention des risques professionnels dans les très petites entreprises agricoles dépend essentiellement de l'activité des services de santé et sécurité au travail placés au sein des caisses de MSA. Ils sont chargés de la mise en œuvre d'une politique de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles des salariés et des non-salariés agricoles et mènent une politique de santé au travail qui repose, pour partie, sur le suivi individuel de l'état de santé des travailleurs. Ce suivi individualisé permet de mieux comprendre les effets des conditions de travail sur la santé dans un contexte de vieillissement de la population active agricole et d'absence de fiabilité de l'information sur ses droits sociaux.

Ces services doivent pouvoir assurer la continuité de leur mission en adaptant leur activité et leur organisation compte tenu du déficit chronique de médecins du travail, qui s'est accentué au fil des années. Certaines caisses de MSA rencontrent des difficultés pour assurer la prévention et la préservation de la santé des travailleurs, notamment la prévention des plus de 50 ans ou des cas plus complexes comme ceux exposés à des risques particuliers ou des cas peu suivis comme les saisonniers agricoles. Plusieurs solutions ont d'ores et déjà été mises en œuvre mais ne s'avèrent pas suffisantes pour assurer une meilleure couverture des obligations légales et réglementaires à la charge de ces services, tant au niveau du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs agricoles qu'au niveau de la traçabilité des expositions professionnelles en milieu agricole. La démographie médicale des médecins au travail ne permet pas de répondre à l'ensemble des obligations fixées par la loi, ce qui positionne ces services et notamment les caisses de MSA dans un risque de contentieux fort au regard des entreprises, qui assurent le financement de ce service par une cotisation assise sur la rémunération réelle perçue par les salariés.

Face à l'ensemble de ces constats, il est proposé de mettre en place une expérimentation pour 3 ans dans la circonscription de caisses de MSA volontaires et les plus sinistrées, ayant pour objectif de repérer de façon précoce les risques de santé liés aux expositions professionnelles, et réduire à terme les dépenses de santé du fait de l'augmentation des visites de prévention primaire et d'un meilleur suivi de la santé des travailleurs.

L'article 51 de la LFSS pour 2017 a ouvert un cadre pour expérimenter des innovations organisationnelles, notamment la pluridisciplinarité et les protocoles de coopération et ainsi améliorer la prise en charge des assurés. Afin de favoriser la coopération entre les professionnels de santé au travail, le présent article propose de déroger aux articles L. 4624-1, L. 4624-2 et L. 4624-2-1 du code du travail qui définissent les missions de ces services pour permettre un transfert d'activité entre les médecins du travail et les infirmiers en santé au travail dans le cadre de la réalisation des coopérations prévues aux articles L. 4011-1 et R. 4011-1 du code de la santé publique.

Cette proposition s'appuie sur les recommandations du rapport de l'IGAS « Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI) » de février 2020 qui préconise l'élargissement du périmètre de délégation des tâches des infirmiers en santé au travail et l'harmonisation des protocoles de coopération.

La mise en œuvre de cette expérimentation, qui déroge aux règles de compétence entre médecin et infirmier du travail, nécessite l'intervention du législateur. Son évaluation permettra l'analyse des leviers et inconvénients de cette mesure.

¹ Nuisances professionnelles : terminologie de codification permettant de recenser l'exposition professionnelle et alimentée à partir du référentiel NOSTA

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

Il est proposé d'organiser une expérimentation pour une durée de trois ans afin d'améliorer le suivi individuel de l'état de santé du travailleur, la connaissance et la traçabilité de ses expositions professionnelles afin de réduire l'accidentalité et réduire à terme la sous-déclaration des maladies liées au travail.

Cette expérimentation sera menée par quatre services de santé et de sécurité au travail volontaires, a priori les caisses de mutualité sociale agricole de Haute Normandie, de Mayenne Orne Sarthe, de Sud Aquitaine et de Midi Pyrénées Nord et feront l'objet d'un suivi et d'une évaluation par comparaison avec d'autres caisses de MSA fonctionnant selon les modalités classiques afin de pouvoir évaluer l'impact attendu de cette nouvelle mesure. Elle pourra donner lieu à généralisation selon les résultats obtenus.

• *Elargir le périmètre de délégation des actes infirmiers de santé au travail par le transfert d'actes actuellement dévolus aux médecins du travail*

Dans un objectif d'amélioration du suivi individuel de l'état de santé du travailleur et de la connaissance et de la traçabilité de ses expositions professionnelles afin de réduire l'accidentalité les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4624-1 du code du travail, c'est-à-dire les médecins du travail et les infirmiers en santé au travail, pourront opérer les transferts d'activités ou les actes de prévention limitativement énumérés dans le cadre de l'expérimentation et conformément au protocole de coopération établi dans ce cadre.

Le protocole de coopération sera établi conformément aux articles L. 4011-1 et R. 4011-1 du code de la santé publique définissant les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Il permettra au médecin du travail de confier à l'infirmier, sous son contrôle, la réalisation de ces actes. Il précisera les conditions à remplir pour mettre en place cette nouvelle organisation en ce qui concerne la formation et l'expérience professionnelles de ces personnels de santé, le processus de prise en charge des salariés examinés (notamment le temps de débriefing entre le médecin du travail et l'infirmier en santé au travail), les situations justifiant leur réorientation vers le médecin du travail et l'information des salariés et des employeurs de la mise en œuvre de ces nouvelles modalités.

Les actes visés par l'expérimentation sont les suivants :

- **la visite de reprise** est effectuée par le médecin du travail dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé d'une travailleuse après son congé maternité. L'employeur doit l'organiser dans les 8 jours qui suivent la reprise du travail. Dès lors que la travailleuse n'est pas affectée à un poste présentant de risques particuliers, il est prévu de la déléguer à l'infirmier en santé au travail.

Cette action de suivi de l'état de santé bénéficiera plus particulièrement aux femmes La visite de reprise obligatoire après un congé maternité pour les travailleuses non affectées aux postes à risques sera réalisée dans de meilleures conditions et dans le respect des délais règlementaires, permettant de mieux informer les femmes sur leurs droits.

- **la visite à 50 ans** de tout salarié agricole est une spécificité du régime agricole qui permet d'établir le bilan de son exposition à des risques professionnels tout au long de sa carrière. Il s'agit d'un examen médical réalisé par le médecin du travail. Il est prévu de la déléguer à l'infirmier en santé au travail de manière à mieux contribuer à la traçabilité des expositions et à la veille sanitaire.

- **l'examen médical d'aptitude effectué dans le cadre du suivi individuel renforcé** bénéficie à tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celle de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail. Cet examen périodique permet de s'assurer du maintien de la compatibilité de son état de santé avec le poste auquel il est affecté. Actuellement, il est organisé tous les 4 ans et est assuré par un médecin du travail. Dans l'intervalle, une visite intermédiaire est réalisée par l'infirmier en santé au travail. Dans le cadre de cette expérimentation, il est prévu de déléguer également à l'infirmier en santé au travail l'examen périodique.

• *Améliorer la détection des situations à risques et limiter la sous-déclaration des accidents et maladies professionnelles*

Ces différents transferts d'activités doivent permettre aux médecins du travail de redéployer leurs actions afin d'exercer les visites des cas plus complexes comme ceux exposés à des risques particuliers ou des cas peu suivis comme les saisonniers, tout en assurant une prise en charge de qualité des actions transférées en raison de la formation spécialisée en santé et sécurité au travail des infirmiers.

Cette mesure permettra, d'une part, à l'entreprise de bénéficier d'un suivi plus régulier de ses salariés affectés à des postes à risques particuliers et d'ajuster en conséquence les mesures de prévention à mettre en œuvre. Elle permettra au médecin du travail, d'autre part, de s'attacher au suivi des personnes les plus à risques, d'identifier les liens entre les caractéristiques des salariés et des conditions de travail et d'alerter l'employeur et les salariés sur des aménagements de postes nécessaires : c'est l'effectivité attendue des mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et l'amélioration des conditions de travail des travailleurs les plus exposés à des risques professionnels.

L'amélioration du suivi, la mise en place d'actions de prévention ainsi que l'information des salariés et des employeurs dans leurs démarches et accès aux droits permettra de réattribuer à la branche AT/MP les pathologies aujourd'hui sous-déclarées et prises en charge par l'assurance maladie pour des stades plus avancés. A titre d'exemple, l'étude de santé publique France sur l'estimation de la sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques en France en 2011, montrait un indicateur de sous-déclaration variant de 37 à 66% pour le rachis lombaire et de 68 à 79% pour le coude. L'étude souligne également que le refus de déclarer est plus fréquent chez les salariés en contrat précaire, très nombreux en agriculture, que chez les salariés en contrat à durée indéterminée et que l'insuffisance d'éléments diagnostiques et la méconnaissance de la procédure étaient cités chacun pour environ un tiers comme motif de non-déclaration.

La situation est encore plus problématique pour l'identification des cancers professionnels qui ne représentent pas plus de 0,5 % des nouveaux cas de cancers recensés en France, même si ce nombre a triplé en 20 ans. Cette situation pourra être améliorée notamment pour les cancers que l'on retrouve plus fréquemment en agriculture que dans la population générale : les cancers de la peau, du sang, de la prostate et celui des lèvres (cf. étude épidémiologique AGRICAN).

Plus largement, la connaissance de l'état de santé au travail des salariés en fin de carrière permettra de disposer de données pour mieux comprendre l'interaction des facteurs environnementaux, sociaux, professionnels, personnels et domestiques. Cet enjeu de traçabilité des expositions et de veille sanitaire, prévu par la stratégie nationale de santé 2018-2022, permettra de développer la production, la diffusion et l'utilisation des connaissances et ainsi adapter le système de santé au travail aux enjeux démographiques, épidémiologies et sociétaux.

b) Autres options possibles

Compte tenu de la démographie médicale des médecins du travail, et de l'enjeu de préservation de la santé des travailleurs, il apparaît nécessaire de rechercher des voies nouvelles d'action.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure opère un transfert de dépenses entre la branche maladie et la branche accident du travail et maladies professionnelles des salariés agricoles en ce qu'elle réduit la sous-déclaration des maladies professionnelles au profit de la branche assurance maladie et qu'elle renforce l'effectivité de la politique de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les TPE agricoles, réduisant la gravité et le coût de prise en charge pour la branche des accidents du travail et maladies professionnelles.

Elle trouve donc sa place en LFSS en tant qu'elle modifie les règles relatives à la gestion des risques ou les règles d'organisation ou de gestion interne des régimes obligatoires de base au titre du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS et dans la mesure où elle a un effet sur les dépenses de l'année et des années ultérieures des régimes obligatoires de base.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et que d'une manière générale la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

S'agissant d'un dispositif expérimental, il n'est pas codifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Non concerné par l'expérimentation
Mayotte	Non concerné par l'expérimentation
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Non concerné par l'expérimentation
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le dispositif expérimental est prévu sur quatre territoires. Sur 92 862 salariés, 11 681 salariés font actuellement l'objet d'un suivi, soit près de 13%.

• **Evaluation de l'impact sur les dépenses de médecine du travail retracés dans l'annexe 7 du PLFSS relative à l'ONDAM et les dépenses de santé**

En 2018, près de 1,8 million de salariés agricoles relevaient de la branche AT-MP des salariés des professions agricoles¹. Pour la branche AT-MP du régime général, cet effectif s'établit 19,1 millions de salariés². En 2018, parmi les postes composant les dépenses de santé, les dépenses de la médecine du travail représentent 1,689 milliard (Mds) d'euros³. En coût brut par individu, tout régime AT-MP confondu, cette dépense de médecine du travail représente 81 € par salarié.

En se fondant sur le volume total des effectifs salariés agricoles éligibles à la mesure d'amélioration du suivi individuel de l'état de santé du travailleur, le coût brut de la mesure proposée serait de l'ordre de 6,5 millions d'euros soit 0,4% des dépenses de médecine de travail suivi dans le cadre des dépenses santé en France.

• **Evaluation de l'impact sur les dépenses des branches maladie et d'AT-MP du régime des salariés agricoles**

Aujourd'hui, de fait, les chefs d'entreprises et les salariés sous-déclarent les AT et les MP pour de nombreuses raisons : manque d'information, risque de perte d'emploi ou moindre indemnisation qu'en maladie pour les salariés ; hausse du taux de sinistralité et de la tarification du côté des employeurs. Or une meilleure déclaration permet de mieux cibler la prévention et constitue une source d'économie pour l'assurance maladie

Pour le régime général, l'impact financier de la « sous-déclaration » de certaines maladies professionnelles sur la branche Maladie a été évalué en 2017 par la commission définie à l'article L.176-2 du code de la Sécurité sociale entre 815 M€ et 1,5 Md€. Cette sous déclaration représenterait un surplus compris entre 9% et 17% du coût total des prestations sociales de la branche AT-MP du régime général (de 8,9 Mds euros⁴ en 2018) et un coût brut par salarié compris entre 42,7€ et 78,5€.

En considérant par hypothèse que la sous déclaration de maladies professionnelles à la branche AT-MP des salariés agricoles représenterait également entre 9 et 17% du coût des prestations sociales agricoles d'AT-MP (534,2 millions d'euros), son coût brut par salarié serait estimé entre 27 et 46€. Aussi, la mesure permettrait d'économiser potentiellement entre 2 et 4 M€ grâce à l'amélioration du suivi de l'état de santé et aux actions de préventions qui en résulteraient.

• **Baisse de la gravité et du coût de la prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles**

En effet, la mesure devrait permettre de réduire à terme les dépenses de santé du fait de l'augmentation des visites de prévention primaire et d'un meilleur suivi de la santé des travailleurs et plus précisément en raison de l'imputation de tout ou partie de ces dépenses à la branche AT-MP des salariés agricoles grâce à l'amélioration de la reconnaissance des maladies professionnelles.

Une meilleure coordination des professionnels de santé au travail, dans le cadre de leurs missions permettra de mieux détecter et prévenir les maladies professionnelles, le plus en amont possible, alors que le salarié est encore en activité. A terme, l'augmentation de la fréquence liée à un meilleur suivi entrainera une baisse de leur gravité et du coût de leur prise en charge pour la branche AT/MP.

Plus spécifiquement, en considérant les données épidémiologiques (indice de fréquence) et du coût moyen (tout poste de dépenses sur la période 2014 à 2016) des affections périarticulaires (TMS) et des cancers professionnels en

¹ Cf. chiffres utiles de la MSA édition 2020 – page 14

² Cf. page 19 rapport de gestion 2018 de la branche AT-MP

³ Cf. page 21 de l'annexe 7 du PLFSS 2020 : ONDAM et dépenses de santé

⁴ Cf. page 7 rapport de gestion 2018 de la branche AT-MP

agriculture, la mesure permettrait une économie de 6 millions d'euros si l'ensemble des salariés concernés par l'expérimentation faisait l'objet d'un suivi effectif.

En prenant l'hypothèse d'une montée en charge du suivi de 5% en 2021, 10% en 2022 et 15% en 2023, ce sont plus de 24 000 personnes supplémentaires qui bénéficieraient d'un suivi, pour une économie en maladie de 0,2 M€ en 2021 et de près de 1 M€ en 2023.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime des salariés agricoles					
- Maladie		+ 0,2	+ 0,4	+ 0,9	
- AT-MP		- 0,2	- 0,4	- 0,8*	

* l'augmentation de la fréquence du suivi entraînerait une baisse de la gravité des MP et diminuerait de fait le coût de la prise en charge pour la branche AT-MP

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

Concernant le régime agricole, la cotisation à la charge exclusive de l'employeur est assise sur la rémunération réelle perçue par les salariés telle que définie à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime et dans la limite du plafond de sécurité sociale (article D. 717-70 du code rural et de la pêche maritime). Le conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole fixe chaque année, après avis conforme du comité central de la protection sociale des salariés agricoles, son taux.

Les cotisations et participations dues au titre du financement du service de santé au travail sont calculées et utilisées exclusivement de façon à couvrir les charges des services de santé au travail. Elles sont recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole selon les règles applicables au recouvrement des cotisations dues au titre du régime de protection sociale des salariés agricoles. Cette expérimentation permettra aux caisses de MSA de mieux répondre aux obligations fixées par la loi, dans les délais impartis et de réduire le risque de contentieux fort au regard des entreprises.

En effet, les examens médicaux permettant de constater les nuisances professionnelles ne concernent qu'un tiers des salariés agricoles. Beaucoup d'entreprises bien que cotisant restent sans conseil pour améliorer leur situation et le nombre de ces examens continue de baisser alors que le nombre de salariés de ces entreprises augmente (cf. tableaux ci-dessous le nombre de salariés examinés en 2018 et 2016 par secteur d'activité). Ainsi, 26% des salariés ont bénéficié d'un (ou plusieurs) examens contre 34% en 2016.

Répartition des salariés agricoles, par secteur d'activité, examinés en 2018 et examinés en 2016

		Culture - Elevage	Travaux Forestiers	ETA-JEV	Artisanat rural	Coopératives	OPA	Divers	Non affectés à un secteur	TOTAL
Salariés agricoles 2018*	Nbre	379 906	27 150	119 151	2 390	136 522	212 134	16 094	/	893 347
	%	43%	3%	13%	0%	15%	24%	2%	/	100%
Examens	Nbre	91 784	9 685	38 104	748	54 300	66 366	4 182	4 196	269 365
	%	34,10%	3,60%	14,10%	0,30%	20,20%	24,60%	1,60%	1,60%	100%
Individus examinés	Nbre	82 293	8 573	34 418	681	46 149	56 867	3 871	3 808	236 332
	%	34,80%	3,60%	14,60%	0,30%	19,50%	24,10%	1,60%	1,60%	100%

* travaillant plus de 45 jours en 2018 (source : OES Salariat, COTAGRI et Installations)

		Culture - Elevage	Travaux Forestiers	ETA-JEV	Artisanat rural	Coopératives	OPA	Divers	TOTAL
Salariés agricoles 2016	Nbre	370 390	26 036	108 477	2 649	130 943	207 844	15 117	861 456
	%	43%	3%	13%	0%	15%	24%	2%	100%
Examens	Nbre	112 080	12 181	45 837	1 108	64 452	85 122	5 695	331 529
	%	33,80%	3,70%	13,80%	0,30%	19,40%	25,70%	1,70%	100,00%
Individus examinés	Nbre	102 695	11 015	42 053	1 030	56 660	76 167	5 366	299 384
	%	34,30%	3,70%	14,00%	0,30%	18,90%	25,40%	1,80%	100,00%

* travaillant plus de 45 jours en 2016 (source : OES Salariat, COTAGRI et Ins)

Un meilleur suivi a pour objectif d'inverser cette tendance et d'optimiser le conseil aux entreprises en faisant bénéficier l'employeur de conseils plus pertinents. L'effectivité attendue des mesures de prévention mises en place aura un impact positif sur les conditions de travail des salariés de ces entreprises, ainsi que sur l'image des postes de travail dans ces filières car elle doit conduire à une politique de prévention des risques professionnels en agriculture, mieux ciblée et plus incitative.

Une politique de prévention plutôt que de réparation aura à terme un impact sur l'affectation des recettes, les taux de cotisations AT/MP pouvant être ajustés à l'évolution des taux de fréquence ou de gravité des AT/MP grâce à une meilleure connaissance des risques professionnels agricoles dans ces entreprises, et ainsi enclencher un cercle vertueux.

b) Impacts sociaux

La mesure permettra de faciliter la prévention et la préservation de la santé des travailleurs et engendrer un accroissement de la qualité de la prise en charge attendue.

1-Tout d'abord, la mesure permettra à l'entreprise de bénéficier d'un suivi de l'état de santé plus régulier de ses salariés affectés à des postes à risques particuliers et d'ajuster en conséquence les mesures de prévention à mettre en œuvre. D'autre part, elle permettra au médecin du travail de s'attacher au suivi des personnes les plus à risques, d'identifier les liens entre les caractéristiques des salariés et des conditions de travail et d'alerter l'employeur et les salariés sur des aménagements de postes nécessaires pour mieux fidéliser les salariés tout en prévenant leur usure professionnelle : c'est l'effectivité attendue des mesures de prévention des AT/MP et l'amélioration des conditions de travail des travailleurs les plus exposés à des risques professionnels (cf. tableau ci-dessous portant sur les principales nuisances auxquelles sont exposés les salariés agricoles, par secteur d'activité).

Principales nuisances auxquelles sont exposés les salariés agricoles, par secteur d'activité (données 2018)

	Principales nuisances			Nombre de nuisances total	Nombre d'individus concernés par au moins une nuisance (ayant été examiné au moins une fois et dont le poste de travail actuel comporte des nuisances)
Culture - Elevage	Manutention et port de charges	Posture	Ambiance thermique et hygrométrie	961 626	153 230
	126 198	119 792	72 640		
Travaux forestiers	Bruit	Posture	Manutention et port de charges	97 563	15 230
	12 779	12 437	11 488		
ETA - JEV	Posture	Bruit	Vibration mécanique	446 609	63 668
	56 426	53 275	51 422		
Artisanat rural	Manutention et port de charges	Posture	Bruit	9 389	1 449
	1 449	1 298	1 298		
Coopératives	RPS, charge mentale	Manutention et port de charges	Posture	439 716	77 880
	73 822	63 050	53 864		
OPA	RPS, charge mentale	Risques liés à l'environnement de travail	Posture	479 709	108 350
	217 215	93 195	60 989		
Divers	Posture	Manutention et port de charges	RPS, charge mentale	46 384	7 607
	5 820	5 631	5 534		
Non affectés à un secteur	Manutention et port de charges	Posture	RPS, charge mentale	113 535	25 469
	15 307	14 035	11 530		

2-Les femmes sont l'autre catégorie bénéficiaire d'une amélioration du suivi de leur état de santé. La visite de reprise obligatoire après un congé maternité pour les travailleuses non affectées aux postes à risques sera réalisée dans de meilleures conditions et dans le respect des délais réglementaires. Elle permettra de mieux informer les femmes sur leurs droits.

3-Le bilan à 50 ans est une mesure plus générale. Elle permet de renforcer la connaissance de l'état de santé au travail des salariés en fin de carrière et de prévenir leur désinsertion sociale et professionnelle. Elle participe d'une meilleure prévention de la pénibilité dans la branche professionnelle. Il en résultera une amélioration de l'accès des salariés à leurs droits, avec un soutien dans les démarches de déclaration de maladies professionnelles, et une lutte plus efficace contre les inégalités sociales en lien avec le vieillissement de la population au travail en agriculture. Il contribue à la traçabilité des expositions et à la veille sanitaire.

Le tableau ci-dessous indique le nombre de bilans réalisés en 2018, par secteur d'activité qu'il conviendra d'augmenter sensiblement pour les caisses de MSA participant à l'expérimentation :

	Culture-Elevage	Travaux forestiers	ETA-JEV	Artisanat rural	Coopératives	OPA	Divers	Non affectés à un secteur	Total
Nombre de bilans 50 ans (tous salariés agricoles)	330	40	122	3	171	197	12	10	885
Nombre de bilans 50 ans (salariés agricoles âgés de 50 ans dans l'année considérée)	252	30		85	1	100	143	8	627
Taux de fréquentation des individus convoqués (salariés agricoles âgés de 50 ans dans l'année considérée)	74%	73%	75%	100%	81%	85%	67%	100%	77%

* taux de fréquentation = nombre d'individus examinés / nombre d'individus convoqués

• **Impact sur les jeunes**

Cette mesure touchera tant les jeunes salariés que les plus âgés, dans une prise en compte des risques tout au long de la vie active.

• **Impact sur les personnes en situation de handicap**

Les visites et examens médicaux permettront de mieux identifier les personnes en situation d'invalidité, d'incapacité ou d'inaptitude et d'adapter en conséquence les conditions de travail.

c) **Impacts sur l'environnement**

Mesure sans impact environnemental.

d) **Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes**

Cette mesure permettra d'améliorer la reprise d'activité des femmes après un congé maternité.

3. **Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés**

a) **Impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives**

Mesure sans impact sur les démarches et formalités existantes. Les très petites entreprises bénéficieront d'une meilleure effectivité des mesures de prévention des risques professionnels, simplifiant dès lors démarches de registres de prévention des risques.

b) **Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)**

Un protocole-cadre relatif au transfert d'activité entre médecin du travail et infirmier précisera les conditions à remplir pour mettre en place cette nouvelle organisation en ce qui concerne la qualification et l'expérience professionnelles de ces personnels de santé, le processus de prise en charge des salariés examinés (notamment le temps de débriefing entre le médecin du travail et l'infirmier en santé au travail), les situations justifiant leur réorientation vers le médecin du travail et l'information des salariés et des employeurs de la mise en œuvre de ces nouvelles modalités.

Il veillera également aux modalités d'accès aux données de santé par ces professionnels de santé et de leurs modifications sous délégation.

c) **Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.**

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

V. **Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation**

a) **Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.**

Sans objet.

b) **Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.**

La mesure sera effective dès signature du protocole-cadre et des protocoles de coopération organisant les transferts de compétence.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information des salariés et des employeurs sera réalisée par les caisses expérimentatrices.

Au niveau national, une information des partenaires sociaux représentatifs des employeurs et des salariés agricoles au sein de la commission spécialisée du Conseil d'orientation des conditions de travail chargée des questions relatives aux activités agricoles sera assurée conformément à l'article D. 717-33 du code rural et de la pêche maritime.

Au niveau régional, les comités techniques régionaux visés à l'article R. 751-160 dudit code seront sollicités et une information sera assurée auprès des conseils régionaux d'orientation des conditions de travail concernés (cf. article R. 4641-18 du code du travail).

d) Suivi de la mise en œuvre

L'expérimentation sera pilotée par la Caisse centrale de Mutualité sociale agricole (CCMSA) qui prépare les conditions de sa mise en œuvre, assure l'appui auprès des services de santé et sécurité au travail et recueillera des informations nécessaires à son évaluation. Sera évalué dans le cadre de cette expérimentation

- Une meilleure couverture des obligations légales et réglementaires à la charge des services de santé sécurité au travail des caisses de MSA tant au niveau du suivi individuel qu'au niveau de la traçabilité ;
- La réalisation des actes transférés et leur qualité de prise en charge par les infirmiers de santé au travail ;
- L'augmentation du temps médical disponible au bénéfice des salariés et des entreprises au profit des cas complexes ;
- L'augmentation des actions en milieu de travail du MT en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire ;
- L'amélioration de l'offre de service vers les entreprises.

Les principaux indicateurs qui permettront l'évaluation de cette expérimentation, par secteur d'activité, dans les Caisses de MSA concernées par celle-ci sont les suivants :

- Les effectifs de médecins du travail et d'infirmiers en santé au travail et les populations bénéficiaires ;
- L'évolution de la proportion des visites intermédiaires de suivi individuel renforcé (SIR) réalisées / population ;
- L'évolution de la proportion des examens d'aptitude périodiques de SIR réalisés / population ;
- Le nombre de réorientations vers le médecin du travail ;
- Le suivi de l'évolution des principales nuisances auxquelles sont exposés les salariés agricoles, par secteur d'activité ;
- L'évolution du temps de médecin de travail consacré aux situations les plus complexes.
- Détection des inaptitudes, invalidité et des maladies professionnelles, et mesures de préventions et de conseil mises en œuvre.

Une comparaison sera établie avec les autres caisses de MSA non concernées par l'expérimentation (groupe témoins), et un rapport sera établi à l'issue de cette expérimentation, afin d'envisager, le cas échéant, les modalités de sa généralisation. Un comité de pilotage réunira régulièrement les ministères concernés (agriculture, travail, santé).

Article 35 – Allonger la durée du congé paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre obligatoire

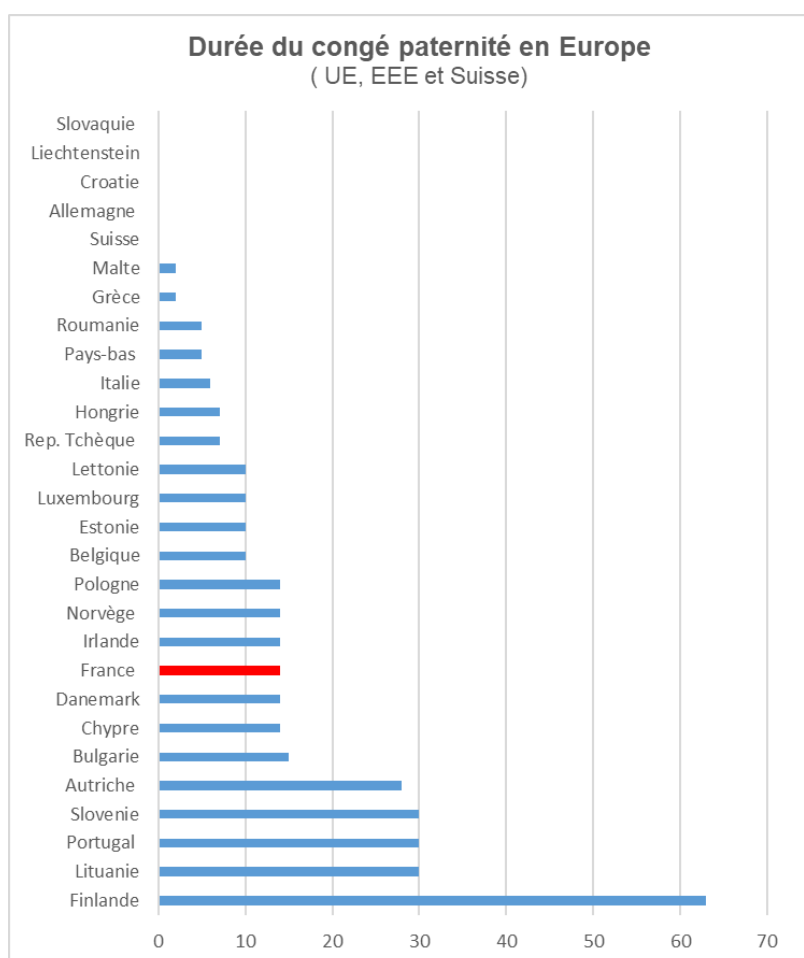
I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant, instauré par la LFSS pour 2002 puis modifié en 2012, permet au second parent de bénéficier d'un congé de 11 jours (18 jours en cas de naissance multiple) consécutifs, dans les quatre mois qui suivent la naissance de l'enfant¹. Dans 56% des cas, il est pris dans le premier mois qui suit la naissance de l'enfant. Il s'ajoute aux trois jours d'absence autorisée pour les salariés pendant lesquels ces derniers bénéficient d'un maintien de salaire.

Le congé paternité n'est pas obligatoirement accolé au congé de naissance accordé par l'employeur, mais il n'est pas fractionnable, sauf pour les fonctionnaires, qui peuvent prendre deux périodes de sept jours de congé. Néanmoins, cette possibilité est à ce stade peu utilisée, seuls 2% des pères des ministères sociaux y recourent par exemple, selon le rapport IGAS de 2018 sur le congé paternité². Pour mémoire, le congé maternité n'est pas non plus fractionnable, à l'exception des travailleuses indépendantes, qui bénéficient à compter du 1^{er} juillet 2019 d'une expérimentation visant à permettre une reprise progressive de leur activité³.

La durée du congé paternité se situe dans la moyenne par rapport aux autres pays européens, celle-ci s'élevant à 12,4 jours, mais plusieurs Etats ont récemment allongé la durée de ce congé (Espagne 8 semaines à compter de 2019, 12 semaines en 2020, 6,5 mois en Finlande à compter de 2021). Certains Etats ont également une politique de congés parentaux partagés entre conjoints qui complète le dispositif ou qui se substituent au congé paternité (en Suède ou en Espagne notamment, c'est pourquoi ils n'apparaissent pas dans le tableau *infra*) : ainsi par exemple en Norvège le conjoint de la mère bénéficie de 15 semaines de congé parental, non transférables et rémunérées à hauteur du congé paternité (2 semaines).



¹ Cette durée est fixée à l'article L. 331-8 du code de la sécurité sociale.

² « Evaluation du congé paternité », IGAS, 2018

³ Article 75 de la LFSS 2019

Source : Commission européenne

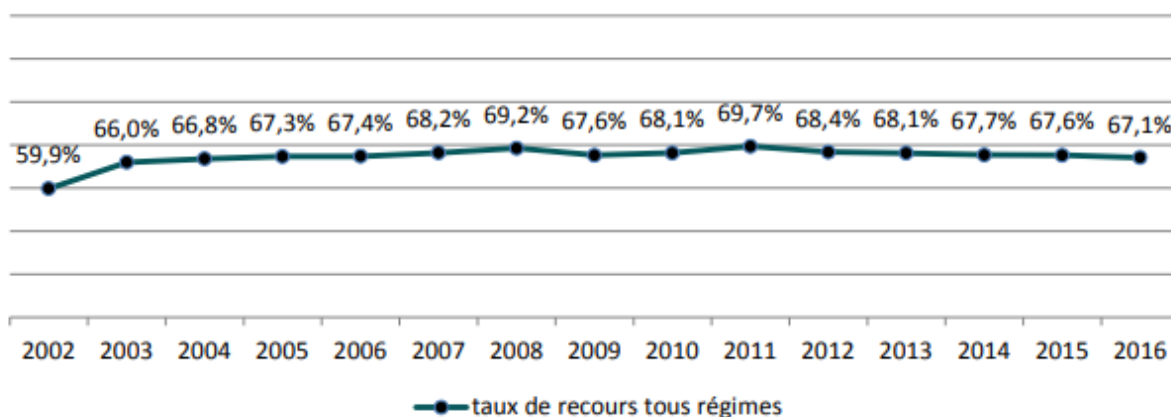
Par ailleurs, l'article 72 de la LFSS 2019 a prévu un premier allongement de ce congé pour les pères de nouveau-nés hospitalisés immédiatement après la naissance, pendant la durée d'hospitalisation du nouveau-né dans une unité de soins spécialisée, pour au maximum 30 jours consécutifs, afin de renforcer la présence des pères auprès de l'enfant pendant cette période et de soutenir la mère.

Lors de la prise du congé paternité, les assurés bénéficient d'une indemnisation dans les mêmes conditions que le congé maternité. Ainsi les salariés perçoivent des indemnités journalières à hauteur de leur revenu brut abattu de 21% dans la limite du plafond de la sécurité sociale. De ce fait, le niveau d'indemnisation n'est pas un obstacle au recours au congé paternité pour la plus grande part des assurés, seuls les plus hauts revenus (les deux derniers déciles de revenus) ne bénéficiant pas d'un remplacement intégral, s'ils ne sont pas couverts par ailleurs par leur employeur (et les données de la DREES sur le recours aux congés ne mettent pas en évidence un recours moindre pour les cadres, malgré cette légère réduction de revenus). Les travailleurs indépendants bénéficient d'indemnités journalières du même montant que celles perçues pour le congé maternité des travailleuses indépendantes, soit 56€ par jour. Les fonctionnaires et agents statutaires bénéficient d'un maintien de salaire pendant la période de congé et les exploitants agricoles peuvent bénéficier d'une allocation de remplacement.

Le coût annuel du congé de paternité représente en 2019 une dépense de 391M€ (y compris les pertes de recettes liés aux moindres cotisations et contributions perçues pendant la période de congé) tous régimes confondus, y compris fonction publique ; ce coût est pris en charge par la branche famille. En 2016, 404 000 parents ont pu bénéficier de ce dispositif, tous régimes confondus.

Toutefois, le taux de recours au congé de paternité ne progresse plus depuis sa montée en charge très rapide depuis sa création : 67% des pères y ont recours aujourd'hui, contre 66% en 2003. Le taux de recours est en effet stable depuis plusieurs années, avec un très léger infléchissement ces dernières années :

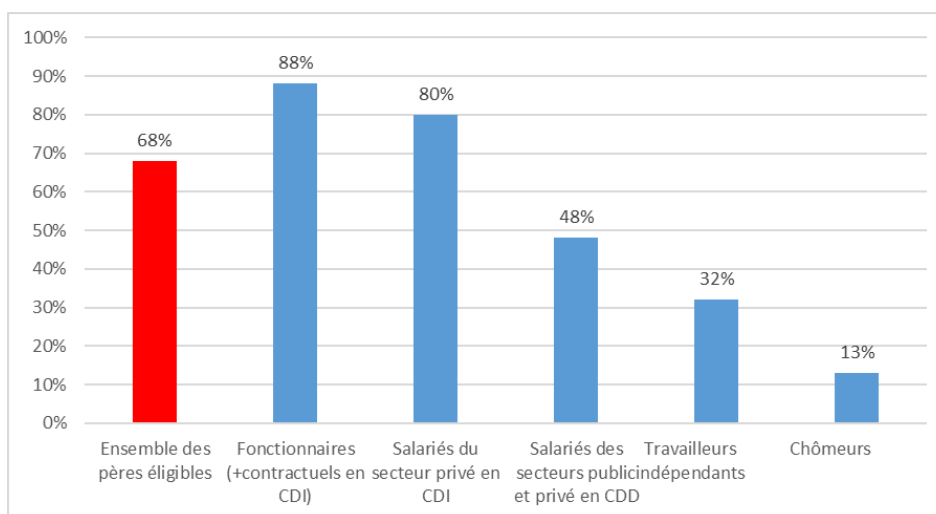
Rapport nombre de pères éligibles / nombre total d'accouchements



Les motifs de non-recours invoqués par les pères sont principalement professionnels : 40% en raison de la charge de travail, 24% par peur de l'employeur, 13% en raison de la charge de travail couplée à la perte financière, 4% en raison d'une compensation financière insuffisante. Seuls 13% ne l'ont pas pris parce qu'ils le jugent inutile et 4% par défaut d'information. Pour les pères qui y ont recours, la quasi-totalité (95%) utilise l'intégralité de leur droit à congé.

Le taux de recours dépend en outre de l'activité professionnelle exercée, traduisant des inégalités au détriment des travailleurs les plus précaires (en CDD, chômeurs, ou indépendants).

Taux de recours au congé paternité par catégorie socio-professionnelle en 2013



Source : DSS sur données Drees, enquête « modes de garde et d'accueil des jeunes enfants », 2013

Le congé paternité constitue pourtant le levier le plus efficace pour favoriser l'implication des pères. En effet, le rapport IGAS de 2018 comme le rapport du HCFEA de 2019 sur les « Voies de réformes des congés parentaux dans une stratégie globale d'accueil de la petite enfance » soulignent qu'un congé exclusivement réservé aux pères, court et bien rémunéré, est le meilleur levier pour lutter contre les inégalités entre hommes et femmes en termes de partage des tâches domestiques et parentales et dans la sphère professionnelle, par rapport aux congés parentaux partagés. Il peut apparaître par ailleurs moins stigmatisant et moins pénalisant professionnellement.

La commission des « 1000 premiers jours », lancée par le Président de la République dont le suivi a été confié au secrétaire d'Etat à l'enfance et aux familles auprès du ministre des solidarités et de la santé afin de refondre les politiques publiques à destination des parents et des enfants, a préconisé de repenser le congé paternité, notamment d'allonger sa durée et de le rendre plus flexible, pour qu'il puisse par exemple être pris à la naissance, mais aussi à la fin du congé maternité. Le rapport du comité souligne en effet qu'un congé plus long que la durée actuelle favorise les interactions et la formation d'un lien d'attachement avec le second parent, mais également la coparentalité et un partage équitable du travail et de la vie de famille entre parents.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

• Allonger la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant pour favoriser l'implication des seconds parents et le développement de l'enfant

Le rapport IGAS de 2018 a mis en évidence plusieurs effets positifs du congé paternité qui justifient de renforcer ce dispositif.

Le congé paternité permet de développer l'attachement entre le père et l'enfant et contribue ainsi à un engagement pérenne des pères dans l'éducation, favorisant ainsi un meilleur développement de l'enfant, y compris à long terme, même si cela dépend de la qualité des interactions entre le père et l'enfant¹.

Par ailleurs, il favorise également l'égalité entre les femmes et les hommes, par plusieurs biais. Tout d'abord le congé paternité peut participer à un rééquilibrage des tâches parentales, et, dans une moindre mesure, domestiques. Une étude de l'INED montre ainsi que le congé paternité a un effet sur la répartition des tâches parentales², cet effet se faisant même ressentir sur le long terme³. Ces effets sont d'autant plus importants que le congé est long et que le père s'est arrêté seul⁴.

Ensuite, le congé paternité et d'accueil de l'enfant peut également jouer un rôle dans la réduction des inégalités professionnelles entre les femmes et les hommes. En effet, la maternité constitue une période d'accroissement de ces inégalités, du fait d'anticipation des employeurs sur des interruptions d'activité plus fréquentes et de craintes d'une

¹ « Fathers 'Leave, Fathers' Involvement and Child Development are the related ? evidence from four OECD countries » Maria Del Huerta, Willem Adema, Jennifer Baxter, Wen-Jui Han, Mette Lausten, Raehyuck, Lee, Jane Waldfogel (2012)

² « Can Daddies learn how to change nappies. Evidence from a short paternity leave policy », INED, Ariane Pailhé, Anne Solaz, Maxime tô, 2018.

³ Patnaik, A., « Reserving time for daddy : the consequences of father's quotas ». Journal of Labor Economics, 2018.

⁴ Mareike Bünning, « What Happens after the 'Daddy Months'? Fathers' Involvement in Paid Work, Childcare, and Housework after Taking Parental Leave in Germany », European Sociological Review, 2015

disponibilité moindre des femmes. Une étude de la DARES¹ souligne ainsi que le nombre d'enfants joue négativement sur l'évolution professionnelle des femmes. Le congé paternité contribuerait à corriger ces inégalités en répartissant mieux les interruptions d'activité au sein du couple et en modifiant ainsi les anticipations des employeurs².

La mesure proposée vise à allonger la durée d'arrêt des seconds parents afin d'asseoir durablement le rôle du second parent auprès de la mère et de l'enfant. La durée des congés en cas de naissance d'un enfant serait ainsi allongée à 28 jours d'arrêt total, soit un mois, contre 2 semaines aujourd'hui, ce qui doublerait le temps pendant lequel les seconds parents peuvent s'arrêter à l'arrivée de leur enfant. Le congé indemnisé par la sécurité sociale augmenterait ainsi de 11 à 25 jours. Pour les naissances multiples, le congé paternité serait toujours allongé d'une semaine supplémentaire par rapport à une naissance simple, soit 32 jours de congé. Ce doublement de la durée du congé s'appliquerait aux salariés du régime général et agricole, aux travailleurs indépendants et aux non-salariés agricoles (pour ces deux catégories sur la seule part, par construction, indemnisée par la sécurité sociale), aux agents de la fonction publique (par ordonnance), ainsi qu'aux salariés des régimes spéciaux (par voie réglementaire). Cet allongement du congé s'appliquera également en cas d'adoption d'un enfant.

• Rendre obligatoire en partie le congé paternité pour protéger la santé de la mère et supprimer les freins professionnels au non-recours

Le congé paternité et d'accueil de l'enfant serait composé de deux période distinctes:

- Une première période obligatoire de 7 jours est prévue, immédiatement après la naissance : il serait interdit à l'employeur d'employer son salarié pendant cette période. Cette obligation porterait sur les 3 jours de congé de naissance et sur 4 jours de congé paternité. Cette interdiction d'emploi serait en outre assortie d'une durée minimale d'indemnisation de la même durée pour bénéficier de l'intégralité de l'indemnisation au titre du congé paternité. 42% des pères ayant recours au congé paternité prennent d'ores et déjà leur congé dans les 15 premiers jours suivants la naissance de leur enfant³. Des dérogations à cette interdiction d'emploi seraient prévues, pour les assurés bénéficiant d'un autre congé au moment de la naissance de l'enfant, ou pour les salariés ne pouvant bénéficier d'une indemnisation au titre du congé paternité.
- Une deuxième période de congé paternité, d'une durée de 21 jours (vingt-huit en cas de naissance multiple), contiguë ou non à la première période, pourrait être prise dans un délai déterminé par décret. Cette deuxième période, fractionnable selon des modalités prévues par décret, permettrait ainsi de favoriser une présence sur une durée assez longue pour développer un lien d'attachement entre le second parent et l'enfant et permettre au second parent de concilier, le cas échéant les impératifs professionnels et sa vie privée.

Rendre le congé paternité et d'accueil de l'enfant obligatoire contribuera à remédier aux importantes inégalités d'accès à ce congé, liées en grande partie à des contraintes professionnelles. Près des trois-quarts du non-recours au congé s'explique en effet par des motifs professionnels, notamment la crainte de ne pas pouvoir reporter la charge professionnelle ou par la peur de l'employeur. En effet, au regard de la forte inégalité des taux de recours (80% pour les salariés en CDI contre 48% pour les salariés en CDD), rendre obligatoire partiellement ce congé permettrait de surmonter des réticences au recours au congé paternité liées à des motifs professionnels, notamment pour les salariés les plus précaires. Cela devrait permettre de mettre fin à des comportements d'autocensure des pères liés à l'anticipation de réactions négatives des employeurs. Cela devrait ainsi conduire à améliorer le taux de recours de façon générale, en relevant le niveau du recours pour les populations qui aujourd'hui bénéficient peu du congé paternité.

L'exemple du Portugal, qui a rendu ce congé obligatoire en 2009, montre que cette obligation a un vrai effet sur le taux de recours, même si cet impact est d'autant plus important que le taux de recours est faible. Le Portugal a en effet rendu le congé paternité obligatoire sur une période de 10 jours (relevé à 15 jours en 2015, puis à 20 en 2019), une seconde période de congés de 10 jours n'étant pas obligatoire. Le taux de recours est ainsi passé de 33% en 2009 à 68% en 2018, le recours à la partie facultative augmentant d'ailleurs dans les mêmes proportions (de 29% à 63%). Le non-respect du congé paternité constitue un délit passible d'amende au sens de la législation portugaise. Celle-ci est prise en charge par l'employeur (sauf dans le cas où l'employé ne prévient pas à temps qu'il prendra son congé, soit au plus tard 5 jours avant le congé). La valeur de l'amende est fixée par les organismes de sécurité sociale portugais, qui prennent par ailleurs en charge la rémunération des différents congés de paternité. Pour faire respecter cette loi, il existe un mécanisme de contrôles, faits de manière aléatoire ou bien de manière réactive lorsque l'employé porte plainte contre son employeur.

Cette obligation se justifie par ailleurs par le rôle essentiel que joue la présence du second parent pour la sécurité sanitaire de la mère et de l'enfant, en permettant à la mère de ne pas rester isolée après la naissance de l'enfant. Ce soutien est d'autant plus important dans le contexte d'une réduction de la durée d'hospitalisation après un accouchement. En effet, la durée moyenne d'hospitalisation après un accouchement se réduit continuellement, de 4,8 jours en 2002, à 4,3 jours en 2009 et 3,9 jours en 2017. Or les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)⁴ font du soutien familial et social apporté à la mère un critère primordial pour estimer la date du retour à domicile. Ce soutien à la mère permet tout d'abord de favoriser la récupération physiologique après l'accouchement. Le père peut jouer un rôle de relai en permettant le repos de la mère. Enfin, la présence du père contribue fortement à réduire le risque d'épuisement psychique et de dépression chez celle-ci⁵. Si le congé paternité en tant que tel ne réduit pas les risques de dépression, la participation du père aux soins de l'enfant, favorisée par le congé paternité, a en revanche un effet positif sur l'état psychique de la

¹ « A quel moment les inégalités professionnelles entre les hommes et les femmes se forment-elles ? » DARES, Karine Briard et Emmanuel VALAT, Documents d'études, 2018.

² « Enfants, interruptions d'activité des femmes et écart de salaire entre les sexes » Dominique Meurs, Ariane Pailhé, Sophie Ponthieux dans Revue de l'OFCE 2010/3 (n° 114),

³ « Evaluation du congé paternité », IGAS, 2018

⁴ « Sortie de maternité après un accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés », Mars 2014

⁵ « Effets du congé de paternité sur la dépression du post-partum maternelle », N. Séjourné, M. Beaumé, V. Vaslot, H. Chabrol, 2012, Gynécologie Obstétrique & Fertilité

mère. Selon la commission des 1000 premiers jours, entre 10 et 15% des mères souffrent de dépressions post-natales environ 30% des mères mériteraient une attention particulière en raison d'une fragilisation due à la grossesse et à l'accouchement. Si elles ne sont pas prises en charge, ces dépressions peuvent altérer la constitution du lien entre la mère et l'enfant et ainsi le développement ce dernier. Ce congé obligatoire est ainsi positionné juste après la naissance de l'enfant, dans la mesure où il garantit la protection de la mère et de l'enfant dans une période où ils peuvent être particulièrement vulnérables.

En outre, ce caractère obligatoire, s'il se traduit par une interdiction d'emploi pour les employeurs de salariés, s'appliquerait également aux travailleurs indépendants, aux non-salariés agricoles et aux personnes en maintien de droit (chômeurs indemnisés) dans la mesure où il est prévu que l'indemnisation du congé paternité soit conditionnée à une durée minimale d'arrêt de 7 jours, à l'instar de la durée minimale d'arrêt de 8 semaines exigée pour bénéficier de l'indemnisation du congé maternité au régime général, mais aussi pour les travailleurs indépendants et les non-salariés agricoles.

Enfin, ce séquençage du congé paternité et d'accueil de l'enfant donne la possibilité de positionner la seconde période selon le choix du second parent, ce qui donne davantage de souplesse, notamment aux travailleurs indépendants qui peuvent rencontrer des difficultés pour interrompre leur activité sur une longue période. Cela permet aussi au second parent de prendre cette période supplémentaire de congé en relai de la mère, à la fin de son congé maternité par exemple.

Le délai de prévenance de l'employeur, portant sur la date prévisionnelle de la naissance et sur la date et la durée de la seconde période de congé de 21 ou 28 jours fractionnable, sera déterminé par décret.

b) Autres options possibles

Le maintien de la situation actuelle ne permet pas de viser une meilleure utilisation pour les catégories professionnelles n'ayant pas recours actuellement au congé. La mise en œuvre d'actions de communication sur le congé paternité n'aurait qu'un impact limité, seuls 4% des pères n'y ayant pas recours par défaut d'information.

L'amélioration de l'indemnisation du congé ne constitue pas non plus une voie efficace pour accroître le recours : les populations qui recourent peu au congé paternité, tels que les CDD ou les chômeurs, bénéficient d'un remplacement quasi-intégral de leur salaire net. Améliorer l'indemnisation ne jouerait surtout que pour les hauts niveaux de rémunération qui recourent déjà largement au congé paternité.

Il pourrait être envisagé de mettre en œuvre un mécanisme incitatif pour encourager les employeurs à favoriser la prise du congé paternité chez leurs salariés, à l'instar de l'index de l'égalité entre les femmes et les hommes qui publie les informations relatives à l'égalité hommes femmes entre les entreprises. Cependant, un tel mécanisme serait concrètement extrêmement difficile à instaurer : cela nécessiterait de recueillir au niveau de chaque entreprise le nombre de pères éligibles ainsi que le nombre de congés effectivement pris, ce qui n'est aujourd'hui le cas. Ce taux de recours devrait être rapporté au taux constaté dans les entreprises de même taille et de même secteur. Il pourrait en outre difficilement être appliqué aux petites entreprises, des taux de recours pouvant n'être pas significatif sur un nombre réduit de personnes concernées. Enfin cette information comporterait un biais important, dans la mesure où les salariés ne sont pas contraints de révéler à leur employeur qu'ils viennent d'être pères.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Ces mesures ont leur place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, dans la mesure où elles emportent des effets sur les dépenses de la branche famille, en allongeant et en rendant pour partie obligatoire le congé paternité.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure s'inscrit en cohérence avec la récente directive (UE) 2019/1158 du Parlement Européen et du Conseil du 20 juin 2019 concernant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents et des aidants et abrogeant la directive 2010/18/UE.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La directive 2019/1158 du 20 juin 2019 concernant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents fixe notamment des exigences minimales en matière de congé paternité. Ainsi, la directive prévoit en son article 4 un congé minimum de 10 jours à l'occasion de la naissance de l'enfant, indemnisé au moins à hauteur des revenus de remplacements accordés au titre de la maladie (article 8). Le droit français est déjà en conformité avec la durée du congé et sa rémunération, la mesure proposée vise à améliorer les droits à ce congé.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure nécessite de modifier les articles L. 1225-35, L. 1225-40, L3142-1 et L. 3142-4 du code du travail et les articles L. 161-6, L. 331-8 et L. 623-1 d du code de la sécurité sociale, ainsi que l'article L. 723-12-1 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable pour les dispositions code du travail, mais non applicable pour les dispositions relevant du code de la sécurité sociale
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'allongement du congé paternité et d'accueil de l'enfant, ainsi que son caractère en partie obligatoire, vont conduire à augmenter les dépenses de la branche famille, qui rembourse ces dépenses aux régimes d'assurance-maladie maternité qui versent des indemnités journalières ou financent le maintien de salaire :

- Durant la première période de 7 jours de congé obligatoire, le taux de recours au congé augmenterait pour atteindre dans un premier temps 80%, du fait du caractère obligatoire de cette période de congé. Cette hausse du taux de recours augmenterait le coût d'une journée de congé paternité de 8M€ (une journée de congé représenterait ainsi 43M€ pour l'ensemble des régimes- effet sur les dépenses et sur les recettes compris-contre 35M€ avec un taux de recours à 67%) donc les dépenses de 32M€ en année pleine en 2022. En cible à compter de 2023 cela induira avec un taux de recours de 90 % une dépense de 56 M€ (le coût d'une journée de congé s'élevant alors à 49M€).
- Pour l'allongement de 14 jours du congé paternité, il est estimé un taux de recours identique à celui constaté aujourd'hui, soit 67%. Si le caractère obligatoire pourrait renforcer globalement le recours au congé même pendant la période non obligatoire, comme constaté au Portugal, en revanche l'allongement du congé pourrait conduire certains assurés à ne pas saturer l'intégralité de leur congé, ce qui justifie de maintenir un taux de recours constant si ces deux effets se compensent. A taux de recours inchangé, le coût d'une journée supplémentaire de congé paternité est de 35 M€ tous régimes, en intégrant non seulement le coût pour la branche famille de l'allongement de la durée de versement des indemnités journalières, mais également l'effet de la perte de recettes liée à la réduction de l'activité pour les assurés qui ne sont pas en maintien de salaire (10M€ par jour). Le coût de l'allongement du congé paternité serait ainsi évalué à 490M€ en année pleine.

Il est proposé une mise en œuvre de ces mesures au 1^{er} juillet 2021.

Le coût pour 2021 est ainsi estimé à 260M€ en 2021, dont 16M€ au titre du caractère obligatoire et 245M€ au titre de l'allongement du congé. Le coût en année pleine en 2022 s'élèverait à 522M€, puis à 546M€ en 2023 du fait de la progression du taux de recours. Ce coût se décompose en une hausse des prestations à la charge de la branche famille,

pour 185M€ en 2021, 370M€ en 2022 puis 388M€ en 2023 et en une perte de recettes portant sur l'ensemble des branches, évaluée à 76M€ en 2021, 152M€ en 2022 et 158M€ en 2023.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre		-260M€	-522M€	-546M€	-546M€
- Maladie		-15 M€	-31 M€	-32 M€	-32 M€
- Vieillesse		-45 M€	-91 M€	-94 M€	-94 M€
- AT-MP		-5 M€	-10 M€	-11 M€	-11 M€
- Famille					
<i>Hausse des prestations</i>		-185 M€	-370 M€	-388 M€	-388 M€
<i>Perte de recettes</i>		-10 M€	-20 M€	-21 M€	-21 M€

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

L'allongement du congé paternité pourrait avoir un effet immédiat de baisse des revenus d'activité, compensées par une indemnisation quasi-intégrale de cette perte par la sécurité sociale, sauf pour les deux derniers déciles des salariés, s'ils ne sont pas couverts par une couverture facultative de leur employeur.

A terme, le renforcement du congé paternité et d'accueil de l'enfant pourrait favoriser l'activité professionnelle des femmes en incitant les pères à s'investir davantage dans les tâches domestiques et en réduisant l'impact du congé maternité sur la carrière professionnelle des femmes, les pères interrompant davantage leur activité lors de l'arrivée d'un enfant.

b) Impacts sociaux

La réforme du congé paternité incite à une plus grande participation aux responsabilités domestiques et familiales des pères en incitant et en permettant leur participation accrue aux premières périodes de la vie de l'enfant et contribue ainsi à l'objectif de développement du lien père / enfant et plus généralement d'égalité entre les femmes et les hommes.

• Impact sur les jeunes

Les jeunes souhaitent davantage un allongement du congé paternité que l'ensemble de la population : une étude de la DREES montre que 63% des 18-24 ans jugent la durée actuelle du congé paternité trop courte et souhaitent allonger la durée de ce congé, contre 38% de la population générale. Cela conduit à anticiper un relèvement du taux de recours au congé lorsque ces générations arriveront à l'âge de naissance du premier enfant.

Par ailleurs, l'allongement du congé paternité et son caractère obligatoire auront un impact sur les enfants en généralisant la présence du père pendant les premières semaines de vie, ce qui est favorable au développement des enfants même à long terme.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans impact.

c) Impacts sur l'environnement

Sans impact environnemental.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

L'allongement du congé paternité poursuit un objectif de réduction des inégalités entre les hommes et les femmes, à la fois en rééquilibrant l'effet de l'arrivée de l'enfant sur l'activité professionnelle et la carrière professionnelle des femmes et des hommes et en augmentant la participation des pères aux tâches parentales et plus largement domestiques.

L'allongement du congé paternité pourra ainsi avoir un impact sur le partage des tâches parentales : à ce stade, si le temps moyen des tâches parentales quotidiennes des pères augmente¹ (il est passé de 22 minutes par jour en 1985 à 41 en 2010), il reste inférieur au temps moyen passé par les femmes, qui continue également d'augmenter (95 minutes en 2010 contre 82 en 1985). Rendre le congé paternité obligatoire et allonger sa durée devrait contribuer à réduire cet écart pendant les premières semaines après la naissance, favorisant aussi un rééquilibrage de ces tâches à plus long terme. Il est possible que ces mesures contribuent également à réduire les inégalités de partage des tâches domestiques (105 minutes par jour en moyenne pour les hommes en 2010 contre 183 pour les femmes), mais ces effets sont moins documentés.

Par ailleurs, l'allongement du congé paternité et d'accueil de l'enfant peut également remédier aux inégalités professionnelles entre les hommes et les femmes. 45 % des femmes âgées de 25 à 49 ans et ayant des responsabilités familiales déclarent qu'être parent a des conséquences sur leur situation professionnelle, soit près de deux fois plus que les hommes². Ces inégalités se traduisent d'une part par une plus fréquente réduction du temps de travail à l'occasion de l'arrivée d'un enfant, mais également par une moindre progression des carrières professionnelles des femmes. L'allongement du congé paternité participe à réduire les anticipations des employeurs sur un moindre investissement professionnel des femmes et à favoriser l'insertion professionnelle des femmes, en favorisant un rééquilibrage des tâches au sein du couple.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Les démarches des assurés pour l'obtention des indemnités journalières paternité ne seront pas modifiées : l'assuré devra informer son employeur, qui fournit l'attestation de salaire nécessaire à la liquidation des indemnités journalières, et adresser les pièces justificatives nécessaires à sa caisse d'assurance-maladie.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

L'allongement du congé paternité nécessitera de modifier les systèmes d'information de liquidation des indemnités journalières, afin de prendre en compte la hausse de la durée du congé et sa décomposition en deux périodes.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Les mesures seront gérées dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret d'application serait nécessaire pour adapter les dispositions réglementaires relatives au congé paternité.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

L'allongement du congé paternité pourrait être mis en œuvre au 1^{er} juillet 2021.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des pères pourra être renforcée, en prévoyant par exemple la possibilité que la mère donne les contacts du second parent au moment de la déclaration de grossesse, afin qu'il soit contacté par sa caisse d'assurance-maladie et informé de la possibilité de prendre ce congé paternité.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le congé paternité fait l'objet d'un suivi du nombre de pères qui y ont recours dans le programme de qualité et d'efficience (PQE) « famille ».

¹ « Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolution en 25 ans ? » Clara Champagne, Ariane Pailhé et Anne Solaz, Economie et statistique, 2015

² INSEE, enquête Emploi 2018

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 1225-35 actuel du code du travail	Article L. 1225-35 modifié du code du travail
<p>Après la naissance de l'enfant et dans un délai déterminé par décret, le père salarié ainsi que, le cas échéant, le conjoint salarié de la mère ou la personne salariée liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle bénéficient d'un congé de paternité et d'accueil de l'enfant de onze jours consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples.</p> <p>Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant entraîne la suspension du contrat de travail.</p> <p>Le salarié qui souhaite bénéficier du congé de paternité et d'accueil de l'enfant avertit son employeur au moins un mois avant la date à laquelle il envisage de le prendre, en précisant la date à laquelle il entend y mettre fin.</p> <p>Par dérogation aux trois premiers alinéas, lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation immédiate après la naissance dans une unité de soins spécialisée définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est de droit pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale déterminée par décret.</p>	<p>Après la naissance de l'enfant et dans un délai déterminé par décret, le père salarié ainsi que, le cas échéant, le conjoint ou concubin salarié de la mère ou la personne salariée liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle bénéficient d'un congé de paternité et d'accueil de l'enfant de vingt-cinq jours calendaires ou trente-deux jours calendaires onze jours consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples.</p> <p>Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant entraîne la suspension du contrat de travail.</p> <p>Ce congé est composé d'une période de quatre jours calendaires consécutifs, faisant immédiatement suite au congé de naissance mentionné au 3° de l'article L. 3142-1, et d'une période de vingt-et-un jours calendaires, portée à vingt-huit jours calendaires en cas de naissance multiple.</p> <p>Le délai de prévenance de l'employeur quant à la date prévisionnelle de l'accouchement et aux dates de prise du congé et à la durée du ou des congés, le délai dans lequel les jours de congé doivent être pris ainsi que les modalités de fractionnement de la période de congé de vingt-et-un et vingt-huit jours sont fixés par décret. Le délai de prévenance relatif à la date prévisionnelle de l'accouchement et celui relatif aux dates de prise du ou des congés de la seconde période de vingt-et-un ou de vingt-huit jours ainsi qu'à la durée de ces congés doivent être compris entre quinze jours et deux mois.</p> <p>Le salarié qui souhaite bénéficier du congé de paternité et d'accueil de l'enfant avertit son employeur au moins un mois avant la date à laquelle il envisage de le prendre, en précisant la date à laquelle il entend y mettre fin.</p> <p>Par dérogation aux trois premiers alinéas, lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation immédiate après la naissance dans une unité de soins spécialisée définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la période de congé de quatre jours consécutifs mentionnée au troisième alinéa est prolongée de droit, à la demande du salarié, pendant la période d'hospitalisation le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est de droit pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale déterminée par décret.</p>
	<p>Nouvel article L. 1225-35-1 du code du travail</p>
	<p>Il est interdit d'employer le salarié pendant le congé mentionné au 3° de l'article L. 3142-1 et pendant la période de congé de paternité et d'accueil de l'enfant de quatre jours mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 1225-35, à l'exception de sa prolongation éventuelle mentionnée au dernier alinéa de cet article et sans qu'y fasse, le cas échéant, obstacle le non-respect par le salarié du délai de prévenance mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 1225-35.</p> <p>Lorsque le salarié est au moment de la naissance de l'enfant en congés payés ou en congés pour</p>

	<p>événements familiaux, l'interdiction d'emploi débute à compter de l'issue de cette période de congés.</p> <p>L'interdiction d'emploi ne s'applique pas pour le congé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 1225-35 lorsque le salarié ne peut pas bénéficier des indemnités et allocations versées dans les conditions prévues à l'article L. 331-8 du code de la sécurité sociale ou par d'autres dispositions législatives ou réglementaires.</p>
Article L. 1225-40 actuel du code du travail	Article L. 1225-40 modifié du code du travail
<p>Lorsque la durée du congé d'adoption est répartie entre les deux parents, l'adoption d'un enfant par un couple de parents salariés ouvre droit à onze jours supplémentaires de congé d'adoption ou à dix-huit jours en cas d'adoptions multiples.</p> <p>La durée du congé ne peut être fractionnée qu'en deux périodes, dont la plus courte est au moins égale à onze jours.</p> <p>Ces deux périodes peuvent être simultanées.</p>	<p>Lorsque la durée du congé d'adoption est répartie entre les deux parents, l'adoption d'un enfant par un couple de parents salariés ouvre droit à vingt-cinq ou treize jours supplémentaires de congé d'adoption ou à trente-deux dix-huit jours en cas d'adoptions multiples.</p> <p>La durée du congé ne peut être fractionnée qu'en deux périodes, dont la plus courte est au moins égale à onze jours.</p> <p>Ces deux périodes peuvent être simultanées.</p>
Article L. 3142-1 actuel du code du travail	Article L. 3142-1 modifié du code du travail
<p>Le salarié a droit, sur justification, à un congé :</p> <p>1° Pour son mariage ou pour la conclusion d'un pacte civil de solidarité ;</p> <p>2° Pour le mariage d'un enfant ;</p> <p>3° Pour chaque naissance survenue à son foyer ou pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption. Ces jours d'absence ne se cumulent pas avec les congés accordés pour ce même enfant dans le cadre du congé de maternité ;</p> <p>4° Pour le décès d'un enfant, du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité, du père, de la mère, du beau-père, de la belle-mère, d'un frère ou d'une sœur ;</p> <p>5° Pour l'annonce de la survenue d'un handicap chez un enfant.</p>	<p>Le salarié a droit, sur justification, à un congé :</p> <p>1° Pour son mariage ou pour la conclusion d'un pacte civil de solidarité ;</p> <p>2° Pour le mariage d'un enfant ;</p> <p>3° Pour chaque naissance survenue à son foyer, pour le père ou, le cas échéant, le conjoint ou concubin de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption. Ces jours d'absence ne se cumulent pas avec les congés accordés pour ce même enfant dans le cadre du congé de maternité ;</p> <p>3°bis Pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption.</p> <p>4° Pour le décès d'un enfant, du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité, du père, de la mère, du beau-père, de la belle-mère, d'un frère ou d'une sœur ;</p> <p>5° Pour l'annonce de la survenue d'un handicap chez un enfant.</p>
Article L. 3142-4 actuel du code du travail	Article L. 3142-4 modifié du code du travail
<p>Pour mettre en œuvre le droit à congé du salarié défini à l'article L. 3142-1, une convention ou un accord collectif d'entreprise ou, à défaut, une convention ou un accord de branche détermine la durée de chacun des congés mentionnés au même article L. 3142-1 qui ne peut être inférieure à :</p> <p>1° Quatre jours pour son mariage ou pour la conclusion d'un pacte civil de solidarité ;</p> <p>2° Un jour pour le mariage d'un enfant ;</p> <p>3° Trois jours pour chaque naissance survenue à son foyer ou pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption ;</p> <p>4° Cinq jours pour le décès d'un enfant ou sept jours ouvrés lorsque l'enfant est âgé de moins de vingt-cinq ans et quel que soit son âge si l'enfant décédé était lui-</p>	<p>Pour mettre en œuvre le droit à congé du salarié défini à l'article L. 3142-1, une convention ou un accord collectif d'entreprise ou, à défaut, une convention ou un accord de branche détermine la durée de chacun des congés mentionnés au même article L. 3142-1 qui ne peut être inférieure à :</p> <p>1° Quatre jours pour son mariage ou pour la conclusion d'un pacte civil de solidarité ;</p> <p>2° Un jour pour le mariage d'un enfant ;</p> <p>3° Trois jours, pour chaque naissance survenue à son foyer. Cette période de congés commence à courir, au choix du salarié, le jour de la naissance de l'enfant ou le premier jour ouvrable qui suit ;</p> <p>3°bis Trois jours pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption ;</p>

<p>même parent ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de vingt-cinq ans à sa charge effective et permanente;</p> <p>5° Trois jours pour le décès du conjoint, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité, du concubin, du père, de la mère, du beau-père, de la belle-mère, d'un frère ou d'une sœur ;</p> <p>6° Deux jours pour l'annonce de la survenue d'un handicap chez un enfant.</p>	<p>4° Cinq jours pour le décès d'un enfant ou sept jours ouvrés lorsque l'enfant est âgé de moins de vingt-cinq ans et quel que soit son âge si l'enfant décédé était lui-même parent ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de vingt-cinq ans à sa charge effective et permanente;</p> <p>5° Trois jours pour le décès du conjoint, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité, du concubin, du père, de la mère, du beau-père, de la belle-mère, d'un frère ou d'une sœur ;</p> <p>6° Deux jours pour l'annonce de la survenue d'un handicap chez un enfant.</p> <p>Les jours mentionnés au présent article sont des jours ouvrables.</p>
<p>Article L. 161-6 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 161-6 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Lorsque l'un et l'autre des parents bénéficient d'une indemnisation ou d'un maintien de traitement accordés aux assurés qui adoptent ou accueillent un enfant dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa, la durée cumulée de ces indemnisations ou maintiens de salaire est égale à la plus élevée des durées d'indemnisation ou maintien de salaire des deux parents pris isolément, majorée de onze ou, en cas d'adoptions multiples, de dix-huit jours. Elle doit être répartie entre les deux parents de telle sorte que chacun bénéficie, dans le régime auquel il est affilié, d'une indemnisation ou d'un maintien de salaire au titre de la cessation temporaire de son activité pendant une période qui ne peut être inférieure à onze jours et ne peut excéder la durée maximale d'indemnisation ou de maintien de salaire applicable dans le régime considéré en cas d'adoption.</p> <p>Les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent aux assurés à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance, un organisme français autorisé pour l'adoption ou l'Agence française de l'adoption confie un enfant en vue de son adoption, ainsi qu'aux assurés titulaires de l'agrément mentionné à l'article L. 225-2 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'ils adoptent ou accueillent un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français.</p>	<p>Lorsque l'un et l'autre des parents bénéficient d'une indemnisation ou d'un maintien de traitement accordés aux assurés qui adoptent ou accueillent un enfant dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa, la durée cumulée de ces indemnisations ou maintiens de salaire est égale à la plus élevée des durées d'indemnisation ou maintien de salaire des deux parents pris isolément, majorée de vingt-cinq vingt-cinq ou, en cas d'adoptions multiples, de trente-deux dix-huit trente-deux jours. Elle doit être répartie entre les deux parents de telle sorte que chacun bénéficie, dans le régime auquel il est affilié, d'une indemnisation ou d'un maintien de salaire au titre de la cessation temporaire de son activité pendant une période qui ne peut être inférieure à vingt-cinq vingt-cinq jours et ne peut excéder la durée maximale d'indemnisation ou de maintien de salaire applicable dans le régime considéré en cas d'adoption.</p> <p>Les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent aux assurés à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance, un organisme français autorisé pour l'adoption ou l'Agence française de l'adoption confie un enfant en vue de son adoption, ainsi qu'aux assurés titulaires de l'agrément mentionné à l'article L. 225-2 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'ils adoptent ou accueillent un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français.</p>
<p>Article L. 331-8 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 331-8 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Lorsqu'il exerce son droit à congé prévu à l'article L. 1225-35 du code du travail et dans un délai fixé par décret, l'assuré reçoit, pendant une durée maximale de onze jours consécutifs et dans les mêmes conditions d'ouverture de droit, de liquidation et de service, l'indemnité journalière visée à l'article L. 331-3, sous réserve de cesser toute activité salariée ou assimilée.</p> <p>En cas de naissances multiples, la durée maximale fixée au précédent alinéa est égale à dix-huit jours consécutifs.</p> <p>Par dérogation au premier alinéa, l'indemnité journalière servie au titre du congé de paternité et d'accueil de l'enfant est versée pendant la période</p>	<p>Lorsqu'il exerce son droit à congé prévu à l'article L. 1225-35 du code du travail dans les délais fixés par le décret auquel renvoie ce même article, il reçoit, pour la durée de ce congé et dans la limite maximale de vingt-cinq jours, l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3 dans les mêmes conditions d'ouverture de droit, de liquidation et de service, sous réserve de cesser toute activité salariée ou assimilée pendant cette période et au minimum pendant la période de quatre jours mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 1225-35 du code du travail.</p> <p>En cas de naissances multiples, la durée maximale fixée au précédent alinéa est égale à trente-deux jours dix-huit jours consécutifs trente-deux jours.</p> <p>Par dérogation au premier alinéa, l'indemnité journalière servie au titre du congé de paternité et</p>

<p>d'hospitalisation mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 1225-35 du code du travail.</p> <p>L'indemnité journalière n'est pas cumulable avec l'indemnisation des congés maladie et d'accident du travail, ni avec l'indemnisation par l'assurance chômage ou le régime de solidarité.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>	<p>d'accueil de l'enfant est versée pendant la période d'hospitalisation mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 1225-35 du code du travail.</p> <p>L'indemnité journalière n'est pas cumulable avec l'indemnisation des congés maladie et d'accident du travail, ni avec l'indemnisation par l'assurance chômage ou le régime de solidarité.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>
<p>Article L. 623-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L. 623-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>[...]</p> <p>II.-A l'occasion de la naissance d'un enfant, le père et, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, auxquels s'appliquent les dispositions du présent livre bénéficient, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, d'indemnité journalières du même montant que celles mentionnées au 2° du I.</p> <p>Lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation dans les conditions prévues à l'article L. 1225-35 du code du travail, les indemnités journalières sont versées pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale. Un décret fixe les modalités d'application du présent alinéa.</p> <p>[...]</p> <p>IV.-Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment le montant de l'allocation prévue au 1° du I, les montants et les durées d'attribution de l'indemnité journalière prévue au 2° du même I, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant.</p>	<p>[...]</p> <p>II.-A l'occasion de la naissance d'un enfant, le père et, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, auxquels s'appliquent les dispositions du présent livre bénéficient, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, d'indemnité journalières du même montant que celles mentionnées au 2° du I.</p> <p>A l'occasion de la naissance d'un enfant, 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, auxquels s'appliquent les dispositions du présent livre bénéficient, sur leur demande, d'indemnités journalières du même montant que celles mentionnées au 2° du I.</p> <p>Pour bénéficier des indemnités mentionnées au premier alinéa, les intéressés doivent cesser leur activité professionnelle pendant une durée minimale, fixée par décret, à compter de la naissance et ne pas reprendre cette activité pendant la durée d'indemnisation.</p> <p>Lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation dans les conditions prévues à l'article L. 1225-35 du code du travail, les indemnités journalières sont versées pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale et dans les conditions prévues. Un décret fixe les modalités d'application du présent alinéa.</p> <p>[...]</p> <p>IV.-Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment le montant de l'allocation prévue au 1° du I, les montants et les durées d'attribution de l'indemnité journalière prévue au 2° du même I, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant.</p>
<p>Article L. 732-12-1 actuel du code rural et de la pêche maritime</p>	<p>Article L. 732-12-1 modifié du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, lorsqu'ils appartiennent aux catégories mentionnées aux 1° et 2°, au 4° et au 5° de l'article L. 722-10 bénéficient, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans leurs travaux, d'une allocation de remplacement.</p> <p>Lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation dans les conditions prévues à l'article L.</p>	<p>Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, lorsqu'ils appartiennent aux catégories mentionnées aux 1° et 2°, au 4° et au 5° de l'article L. 722-10 bénéficient, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans leurs travaux, d'une allocation de remplacement.</p> <p>Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint de la mère, la personne liée à elle par un pacte civil de</p>

<p>1225-35 du code du travail, l'allocation de remplacement est attribuée pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale fixée par décret.</p> <p>Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée maximale d'attribution de la prestation.</p>	<p>solidarité ou son concubin, lorsqu'ils appartiennent aux catégories mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10, bénéficient, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande d'une allocation de remplacement.</p> <p>Pour bénéficiaire de l'allocation prévue au premier alinéa, les intéressés doivent se faire remplacer par du personnel salarié dans leurs travaux, cesser leur activité professionnelle pendant une durée minimale, fixée par décret, à compter de la naissance et ne pas reprendre cette activité pendant la durée d'indemnisation.</p> <p>Lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation dans les conditions prévues à l'article L. 1225-35 du code du travail, l'allocation de remplacement est attribuée pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale fixée par décret.</p> <p>Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée maximale d'attribution de la prestation.</p>
--	--

Article 36 – Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'article 54 de la loi de financement pour 2019 a prévu, à l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, la possibilité pour le pouvoir réglementaire de mettre en place des dispositifs ad hoc permettant de répondre aux besoins de prise en charge exceptionnelle lors de la survenance d'un risque sanitaire grave et anormal, notamment en cas d'épidémie, en vue de la protection de la santé publique.

Ce dispositif législatif permettant de déroger aux règles de prise en charge de droit commun peut porter tant sur la prise en charge de tout ou partie des frais de santé (tickets modérateurs et dépassements tarifaires sur les dispositifs médicaux et les prothèses dentaires) que sur le versement de prestations en espèces (indemnités journalières maladie par exemple).

Ce dispositif a été mis en œuvre pour la première fois en 2020 afin de lutter contre la propagation de l'épidémie de Covid-19 : le décret n°2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus a ainsi permis de répondre aux besoins de prise en charge engendrés par la pandémie de covid-19. Répondant pleinement à l'objectif qui a sous tendu sa création, ce dispositif a permis de prendre certaines mesures exceptionnelles avant même la mise en œuvre de l'état d'urgence sanitaire et ce afin d'accompagner au plus tôt les mesures sanitaires de lutte contre la propagation du virus sur notre territoire.

Plusieurs mesures de prise en charge exceptionnelle ont ainsi été mises en œuvre successivement en application de ce dispositif afin de garantir une prise en charge intégrale par l'assurance maladie de certaines prestations nécessaires aux assurés contraints de rester chez eux en période de confinement, d'assurer l'efficacité de la stratégie de dépistage mais aussi d'assurer une indemnisation renforcée des assurés maintenus à domicile et contraints d'interrompre leur activité professionnelle. Il a ainsi été décidé de lever les conditions conventionnelles de prises en charge des actes de télésanté et l'application de la majoration de la participation de l'assuré en cas de téléconsultation en dehors du parcours de soin. Par ailleurs, les consultations réalisées en centre ambulatoire Covid-19, les consultations d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique, de suivi des cas contacts et de sortie du confinement pour les patients vulnérables ou en affection de longue durée ainsi que les tests de dépistage du virus par RT PCR ont été intégralement pris en charge. De plus, des mesures dérogatoires concernant les prestations en espèces de l'assurance maladie ont été mises en œuvre au bénéfice des assurés contraints de garder leur enfant de moins de 16 ans, des personnes dites vulnérables au sens de l'avis rendu durant la crise sanitaire par le Haut conseil de la santé publique ou des « cas contacts » de personnes ayant contracté le virus. Ces indemnités journalières ont été servies sans vérification des conditions d'ouverture de droit et sans application du délai de carence.

Néanmoins, ce dispositif a montré ses limites à plusieurs égards et requiert des ajustements.

En matière de procédure, les décrets permettant la mise en œuvre de ces mesures dérogatoires sont normalement soumis aux consultations des caisses de sécurité sociale, dans un délai de 21 jours de droit commun et 11 jours en cas d'urgence. Cependant ces délais de consultation ne permettent pas de faire preuve de la réactivité nécessaire pour mettre en place sans délai les mesures nécessaires, lorsqu'une pandémie comme le Covid-19 s'étend à un rythme très rapide.

En outre, le périmètre des dérogations possibles est apparu insuffisant. Ainsi, pour un certain nombre de dérogations mises en œuvre dans le cadre de la gestion de l'épidémie, il a été nécessaire d'avoir recours à la loi et aux ordonnances. Le tableau ci-dessous recense les mesures relatives aux prises en charge des frais de santé et des prestations en espèce mis en œuvre pendant la crise sanitaire et le vecteur qui les a prévues.

Texte	Description de la mesure
Décret n°2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus	Versement d'indemnités journalières (IJ) dérogatoires sans application du délai de carence et des conditions d'ouverture des droits pour les retours de zone épidémique, les cas contact, les parents contraints de garder leur enfant et les personnes vulnérables à haut risque de développer des formes sévères de Covid-19
Décret n° 2020-193 du 4 mars 2020 relatif au délai de carence applicable à l'indemnité complémentaire à l'allocation journalière pour les personnes exposées au coronavirus	Suppression du délai de carence de 7 jours du complément employeur pour les avis d'arrêt de travail (AAT) dérogatoires
Décret n°2020-227 du 9 mars 2020 modifiant le décret n°2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus	Dérogations conventionnelles à la télémédecine : - Non application de la majoration hors parcours de soin pour les téléconsultations (TLC) - Les conditions de prise en charge et de limitation du nombre d'actes de télésanté réalisés - Sur la prise en charge des actes de télésoin réalisés par téléphone pour certaines populations (personnes infectées)

	par le covid-19, personnes en ALD, personnes de plus de 70 ans et patientes enceintes au 3 ^e trimestre de grossesse)
Décret n° 2020-277 du 19 mars 2020 modifiant le décret n°2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus	Dérogations conventionnelles à la télémedecine : - Sur la possibilité de réalisation d'acte de télésoin et les conditions de prise en charge pour les IDE - prise en charge des téléconsultations par téléphone
Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (article 8)	Suppression du délai de carence pour tous les arrêts de travail jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire
Ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux (article 1er)	Prolongation des droits sociaux (CSS, AME)
Ordonnance n° 2020-322 du 25 mars 2020 adaptant temporairement les conditions et modalités d'attribution de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail et modifiant, à titre exceptionnel, les dates limites et les modalités de versement des sommes versées au titre de l'intéressement et de la participation	Pas d'application de la condition d'ancienneté pour le versement du complément employeur en cas d'AAT dérogatoire ou d'AAT classique. Pas d'application de l'exclusion de certaines catégories de salariés (salariés travaillant à domicile, aux salariés saisonniers, aux salariés intermittents et aux salariés temporaires).
Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19	Prise en charge à 100% des téléconsultation et télésoin Non prise en comptes des arrêts de travail pris entre le 12 mars et la fin de l'état d'urgence sanitaire pour le calcul des durées maximales de versement des IJ Attribution de l'allocation de remplacement pour les non salariés agricoles vulnérables ou contraints de garder leur enfant
Décret n° 2020-434 du 16 avril 2020 relatif à l'adaptation temporaire des délais et modalités de versement de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail	Adaptation des conditions de versement du complément employeur - Pour les AAT dérogatoires : pas de carence ; pas de prise en compte de ces IJ dans le compteur pendant la période ; maintien de 90% du salaire brut entre le 12 mars et le 30 avril ; suppression de la condition d'ancienneté d'un an, suppression des exclusions, suppression du délai de 48H et d'être soigné en France ou en UE ; - Pour les AAT maladie : pas de carence (sauf 3 jours entre le 12 et le 23 mars) ; pas de prise en compte de ces IJ dans le compteur pendant la période ; maintien de 90% du salaire brut entre le 12 mars et le 30 avril ; suppression de la condition d'ancienneté et suppression des exclusions.
Décret 2020-459 du 21 avril 2020 modifiant le décret 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus	Prise en charge à 100% des soins en centres ambulatoires Covid
Article 20 de la loi n° 2020- 473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020	Bascule vers l'activité partielle des salariés en IJ dérogatoires
Décret 2020-520 du 5 mai 2020 modifiant le décret 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus	Suppression du droit aux IJ pour les salariés du privé basculant en activité partielle Prise en charge à 100% des tests PCR
Décret n° 2020-521 du 5 mai 2020 définissant les critères permettant d'identifier les salariés vulnérables présentant un risque de développer une forme grave d'infection au virus SARS-CoV-2 et pouvant être placés en activité partielle au titre de l'article 20 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020	Décret définissant les personnes vulnérables prises en charge par l'activité partielle à compter du 1er mai 2020
Décret n° 2020-527 du 5 mai 2020 pris pour l'application de l'article 4 de l'ordonnance 2020-428 du 15 avril	Montant de l'allocation de remplacement versée aux personnes non salariées agricoles qui, en raison de l'épidémie de covid-19, font l'objet d'une mesure d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile ainsi qu'à celles qui sont parents d'un enfant de moins de seize ans faisant lui-même

	l'objet d'une telle mesure ou d'un enfant handicapé âgé de moins de dix-huit ans et qui se trouvent, pour l'un de ces motifs, empêchées d'accomplir les travaux de l'exploitation agricole. Procédure de demande d'allocation.
Décret n° 2020-549 du 11 mai 2020 fixant les conditions temporaires de prescription et de renouvellement des arrêts de travail par le médecin du travail	Autorisation de prescription d'arrêts de travail pour les assurés atteints ou suspectés d'infection au covid-19, ou faisant l'objet de mesures d'isolement Covid par les médecins du travail
Décret 2020-637 du 27 mai 2020 modifiant le décret 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus	Prise en charge à 100% des tests sérologiques, y compris pour des dépistages en masse dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux Prise en charge à 100% des consultations : - post confinement pour les personnes vulnérables et les personnes souffrant d'une ALD - de mise en place d'une stratégie thérapeutique en cas de dépistage positif au covid - recensement et de prise de contact par le PS des personnes ayant été en contact avec un malade covid, en dehors du cercle familial
Décret 2020-859 du 10 juillet 2020 modifiant le décret 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus	Pas de prise en compte des arrêts de travail dérogatoires délivrés aux personnes identifiées comme « cas contact » dans le calcul des durées maximales de versement des indemnités journalières et pas d'application du délai de carence. Prise en charge intégrale des tests sérologiques prescrits aux personnels des services départementaux d'incendie et de secours pour le covid-19, quelle que soit l'indication. Prolongation jusqu'au 31 juillet 2020 de la prise en charge intégrale de la consultation complexe proposée suite au déconfinement aux personnes vulnérables et aux personnes atteintes d'une affection de longue durée. Prolongation jusqu'au 31 décembre 2020 des dérogations conventionnelles à la télémedecine
Décret n° 2020-952 du 31 juillet 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020	Prolongation jusqu'au 15 septembre de l'adaptation des conditions de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des consultations complexes de certains assurés suite à la levée du confinement

En premier lieu, il est apparu que le dispositif actuel ne concerne expressément que les assurés sociaux relevant du régime général ou du régime agricole alors même qu'un certain nombre de personnes relevant des régimes spéciaux ou non affiliées à la protection universelle maladie (étrangers en situation irrégulière, étrangers ou Français résidant en France depuis moins de trois mois...) étaient également susceptibles d'avoir besoin d'une prise en charge sanitaire renforcée. Ces situations ont dû être gérées au cas par cas, avec des vecteurs spécifiques (loi ou ordonnance).

En deuxième lieu, les dérogations prévues ne sont pas apparues suffisantes pour couvrir tous les besoins de prises en charge. Ainsi aucune dérogation n'est prévue pour prendre en charge des actes ou prestations qui ne sont pas remboursés par l'assurance-maladie obligatoire. De plus, le dispositif actuel ne permet des prises en charge exceptionnelles que pour des « actes et prestations directement en lien avec le risque en cause et pour les assurés exposés à ce risque ». Or la crise sanitaire et le confinement ont fait apparaître la nécessité d'adapter nos règles de prise en charge de manière plus globale que pour les seules prestations en lien avec le risque. Ainsi afin de faciliter la continuité de l'accès aux soins malgré les mesures de restriction des déplacements, une prise en charge intégrale des actes réalisés en téléconsultation a été mise en place pour l'ensemble des assurés quel que soit le motif de la consultation (en lien ou non avec le Covid). De même, la non prise en compte des indemnités journalières prescrites pendant la période d'urgence sanitaire pour l'appréciation des durées maximales de versement d'indemnités journalières a été décidée afin d'éviter des ruptures d'indemnisation pour des assurés malades, ou pour des assurés en arrêt dérogatoire pendant une longue durée, pendant cette période de crise. Le recours à la loi a donc été nécessaire pour permettre de prendre en compte un certain nombre de situations alors même que le dispositif introduit par la LFSS pour 2019 avait vocation à permettre ces ajustements par décret afin de pouvoir être réactif et agile dans la gestion de crise comme celle que notre pays a traversé.

De plus, le dispositif actuel ne permet pas de prendre des mesures avec effet rétroactif. A titre d'exemple, les mesures réglementaires relatives aux indemnités journalières exceptionnelles accordées durant la pandémie de Covid-19 n'ont à chaque fois concerné que les arrêts délivrés à compter de la publication de ces mesures, sans possibilité de régulariser des situations antérieures. Or la nécessité de réaction rapide dans un contexte de pandémie pourrait justifier la rétroactivité de certaines mesures exceptionnelles. Il en a d'ailleurs été ainsi des mesures introduites par ordonnance pendant l'état d'urgence sanitaire dont certaines ont rétroagi à la date de mise en place de celui-ci. Ainsi la loi pourrait prévoir, dans une certaine limite de temps, une possibilité de rétroactivité des mesures exceptionnelles prises sur son fondement.

Par ailleurs, si des mesures dérogatoires ont été prévues pour les indemnités journalières par le biais de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, elles ne concernaient pas le complément employeur, prévu à l'article L. 1226-

1 du code du travail, qui garantit dans certaines conditions, une indemnisation au-delà de celle versée par l'assurance maladie. En effet, durant les premières semaines de pandémie Covid19, le Gouvernement a dû, pour adapter les conditions d'octroi et les modalités de versement du complément employeur, œuvrer à la fois par la voie législative et réglementaire (ordre chronologique) :

Texte	Description de la mesure
Décret n° 2020-193 du 4 mars 2020 relatif au délai de carence applicable à l'indemnité complémentaire à l'allocation journalière pour les personnes exposées au coronavirus	Ce décret prévoit la suppression du délai de carence du complément employeur prévu au second alinéa de l'article D. 1226-3 du code du travail pour les arrêts pris en application de l'article 1er du décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020.
Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19	L'article 11 autorise le Gouvernement à légiférer par voie d'ordonnance sur les conditions et modalités d'attribution de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail.
Ordonnance n° 2020-322 du 25 mars 2020 adaptant temporairement les conditions et modalités d'attribution de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail et modifiant, à titre exceptionnel, les dates limites et les modalités de versement des sommes versées au titre de l'intéressement et de la participation	L'article 1 dispose que, pour les salariés en arrêt de travail pris en application de l'article 1 ^{er} du décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020, la condition d'ancienneté ainsi que les conditions de justification sous 48h, de prise en charge par la sécurité sociale et de délivrance de soins sur le territoire français ou d'un Etat membre de l'UE ou d'un Etat partie à l'accord sur l'espace économique européen ne sont pas requises. De plus, l'exclusion de certaines catégories de salariés (salariés travaillant à domicile, aux salariés saisonniers, aux salariés intermittents et aux salariés temporaires) ne s'applique pas non plus. Enfin, le dernier alinéa de l'article 1 dispose qu'un décret aménage les délais et modalités de versement du complément employeur.
Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19	L'article 9 prévoit que les dispositions dérogatoires au complément employeur sont applicables rétroactivement aux arrêts de travail en cours au 12 mars 2020 et ceux ayant commencé postérieurement.
Décret n° 2020-434 du 16 avril 2020 relatif à l'adaptation temporaire des délais et modalités de versement de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail	Ce décret prévoit que le complément employeur est versé dès le premier jour d'absence, que les arrêts antérieurs et postérieurs sont neutralisés afin qu'ils n'impactent pas la durée d'indemnisation et que le montant de l'allocation est maintenue à 90 % du salaire brut du 12 mars au 30 avril.

Or, la crise sanitaire a illustré de manière encore amplifiée la nécessité de traiter dans une approche globale indemnités journalières et complément employeur, comme l'a illustré la difficulté à gérer la diminution du montant du complément employeur à l'issue des trente premiers jours d'arrêt indemnisé sans délai de carence sur les IJ garde d'enfants notamment. Elle a aussi fait apparaître la nécessité de disposer, comme l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, d'un article législatif dans le code du travail permettant d'adapter très rapidement les conditions et modalités d'attribution et de versement du complément employeur, sans avoir à multiplier les textes législatifs et réglementaires.

Au regard de cette première expérience, la nécessité d'une adaptation du dispositif, ainsi que de la création d'un article spécifique en ce qui concerne le complément employeur a émergé afin de permettre aux pouvoirs publics de mettre en place des prises en charges ad hoc flexibles, rapides et adaptées aux besoins des assurés tout en limitant la propagation du risque à l'ensemble de la population.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

Il est proposé de compléter le dispositif existant afin de pouvoir répondre de manière plus agile et adéquate aux besoins de prise en charge renforcée survenant en cas de risque grave et anormal d'épidémie ou de dégradation importante de l'état de santé de certains assurés.

Ainsi l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale serait modifié afin de permettre :

- De lever l'obligation de saisine des caisses (CNAM, UNCAM et CCMSA) permettant l'adoption de décret dans les délais très rapides impartis aux situations d'extrême urgence comme cela a été constaté lors de l'épidémie de covid-19. Néanmoins une information des caisses de sécurité sociale concernées serait prévue en lieu et place d'une consultation;
- D'élargir le champ des bénéficiaires des mesures dérogatoires en étendant leur périmètre aux assurés de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire (régimes spéciaux, et le régime des français de l'étranger) ainsi qu'aux personnes sans droits à la protection universelle maladie ;

- D'inclure de nouvelles possibilités de dérogation : une neutralisation des durées maximum de versement des prestations pour les indemnités journalières ou la possibilité de prendre en charge des actes et des prestations n'étant pas dans le champ de prise en charge des assurances maladie obligatoire et maternité, la possibilité de déroger aux conditions d'ouverture de droits à la complémentaire santé solidaire et à l'AME ou encore la possibilité de prendre en charge des actes et prestations n'étant pas en lien direct avec le risque en cause mais nécessaire à le contenir et pouvant être à destination des personnes touchées de manière direct ou non par ledit risque.

- De prévoir la possibilité d'appliquer des mesures dérogatoires de façon rétroactive dans la limite d'un mois avant la date de publication du décret. Les dérogations prévues et limitativement énumérées ne pourraient, comme cela est d'ores et déjà le cas en application de l'article tel qu'issu de la LFSS 2019, qu'être uniquement favorables aux assurés, puisqu'elles relèvent d'une logique de levée de conditions d'ouverture de droits ou de limitation au bénéfice de ces droits, d'accès dérogatoires au panier de soins ou de prise en charge totale et non partielle de certains frais de santé.

Il est également proposé d'instaurer un article dans la partie législative du code du travail, à l'image du L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, permettant de déroger par décret aux conditions d'octroi et de versement du complément employeur en cas d'arrêt de travail donnant lieu à indemnisation par l'assurance maladie. L'instauration d'un tel article, articulé avec le dispositif prévu par le code de la sécurité sociale et la procédure dérogatoire instituée à l'article L. 16-10-1, permettrait de limiter le nombre de textes législatifs ou réglementaires à rédiger pour assurer une protection suffisante et cohérente aux salariés touchés par le risque pandémique en maintenant un revenu de remplacement. L'article fixerait ainsi la liste des conditions et des modalités d'attribution du complément employeur susceptibles d'être modifiées dans des conditions et limites fixées par décret : la condition d'ancienneté d'un an prévue au premier alinéa de l'article L. 1226-1 du code du travail, les conditions prévues aux 1° et 3° de l'article L. 1226-1 du code du travail (obligation de justifier sous 48 heures du salarié à son employeur de son incapacité résultant d'un arrêt maladie, obligation d'être pris en charge par la sécurité sociale et obligation d'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres Etats membres de la Communauté européenne ou dans l'un des autres Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen),

l'exclusion des catégories de salariés mentionnées au cinquième alinéa de l'article L. 1226-1 (salariés travaillant à domicile, salariés saisonniers, salariés intermittents et salariés temporaires), les modalités de calcul de l'indemnité complémentaire prévues à l'article D. 1226-1 (montant de l'indemnité complémentaire variant selon la durée d'indemnisation : 90 % du salaire brut les trente premiers jours puis 66 % les trente jours suivants), le délai de carence de sept jours prévu au second alinéa de l'article D. 1226-3 et les modalités de calcul de l'indemnité complémentaire prévues à l'article D. 1226-4 (la durée d'indemnisation est raccourcie si le salarié a déjà bénéficié de l'indemnité complémentaire au cours des 12 derniers mois).

b) Autres options possibles

Il pourrait être choisi de maintenir le champ du dispositif existant en levant uniquement l'obligation de saisine des caisses pour les décrets devant être pris en application de ces dispositions. Dans ce cas certaines dérogations aux règles de prise en charge des frais de santé ou de bénéfice des prestations en espèce devraient, pour être mises en œuvre, faire l'objet d'une mesure législative au risque de ne pas pouvoir être prise dans des délais satisfaisants, privant le Gouvernement d'un dispositif plus réactif et flexible nécessaire dans ce type de situation et créant des différences de situation difficilement justifiables entre assurés issus de régimes différents.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure relative à la modification de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale à ce titre en application du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, en tant que disposition ayant des effets sur les dépenses des régimes obligatoires de base.

De plus, la mesure relative à la modification de l'article L. 1226-1-1 du code du travail trouve également sa place en loi de financement de la sécurité sociale, cette mesure s'inscrivant dans un dispositif global articulant les indemnités journalières et le complément employeur, ce dernier n'étant jamais versé seul puisqu'il vient nécessairement en application des dispositions du code du travail compléter les indemnités journalières de sécurité sociale. L'attribution d'un complément employeur aura ainsi un impact sur les dépenses d'assurance-maladie, dans la mesure où une meilleure indemnisation est plus incitative à respecter les arrêts de travail ainsi délivrés, dans un objectif de protection de la santé publique. En effet, le respect des arrêts de travail est loin d'être total, une étude de la DARES soulignant que 27% des salariés se rendent au travail tout en étant malades. Ce risque de présentisme est d'autant plus fort que des arrêts sont délivrés dans le cadre d'une crise sanitaire comme cela a été le cas au cours de cette année 2020 à des personnes contact qui ne sont pas malades et qui pourraient travailler. Les difficultés à faire respecter les mesures d'isolement ont d'ailleurs motivé une saisine du Conseil scientifique, qui a rendu un avis le 3 septembre relatif à la stratégie et aux modalités de l'isolement.

Or de nombreuses études internationales ont montré que le niveau d'indemnisation des arrêts avait un réel effet sur le volume de ceux-ci. A titre d'illustration au sein de cette littérature, l'Allemagne dans les années 90 a ainsi réduit le taux de remplacement de l'indemnisation en cas d'arrêt maladie de 100% à 80 puis l'a rétabli à 100%. La réduction du taux de remplacement a conduit à réduire le nombre d'arrêt maladie, puis le rétablissement d'une indemnisation à 100% du salaire antérieur a entraîné une hausse de l'absentéisme de 10%¹. Une baisse de l'indemnisation des arrêts longs en Suède a également conduit à réduire le nombre moyen de jours d'arrêt². Dès lors que le niveau de générosité de l'indemnisation par le complément employeur comporte un effet sur le recours aux arrêts maladie, il a un impact avéré sur les niveaux de dépenses d'indemnités journalières maladie.

¹ « A natural experiment on sick pay cuts, sickness absence, and labor costs », Journal of Public Economics, 2010, Nicolas Ziebarth et Martin Karlsson et « The Effects of Expanding the Generosity of the Statutory Sickness Insurance System », Journal of Applied Econometrics, 2013, Nicolas Ziebarth et Martin Karlsson

² Henrekson M., Persson M. (2004), "The Effect on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System", Journal of Labor Economics

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA, le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement à ce sujet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure nécessite de modifier l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et l'article L. 1226-1-1 du code du travail.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure applicable</i>
<i>Saint-Martin, Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Mesure applicable</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)</i>	<i>Mesure non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Compte tenu du caractère exceptionnel et imprévisible de la dépense, il est par nature impossible de procéder à une estimation de coût précise. En effet, le coût associé à ce dispositif peut fortement varier selon la nature, les besoins et l'ampleur de la crise.

Durant la crise sanitaire liée au COVID-19, en ce qui concerne les indemnités journalières, le coût supplémentaire induit par l'épidémie a été estimé à environ 200M€ par semaine (soit un coût hebdomadaire total de 400M€ contre 200M€ l'année dernière à la même période). Cela représente un surcoût de 2,2Md€ sur l'année 2020.

Dans le même temps, on a pu estimer le coût lié à la suppression de la participation des assurés sur les frais liés aux téléconsultations à environ 32 M€ et celui de la suppression de cette participation aux frais liés aux tests de dépistage du COVID-19 à environ 110M€ en 2020.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie					
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

La mesure relative au complément employeur aura un impact sur les entreprises lorsqu'elle sera mise en œuvre en cas de crise sanitaire, en fonction des adaptations qui seront contenues dans le décret prévu. L'expérience de la crise Covid-19 ne permet pas de mesurer cet impact, puisqu'aucune donnée n'est consolidée sur les indemnités complémentaires versées par les employeurs à des salariés ayant été arrêtés pour des motifs liés à l'épidémie (cas contacts, personnes vulnérables ou vivant avec des personnes vulnérables, parents d'enfants à garder).

b) Impacts sociaux

Le dispositif permet de lever les éventuels freins financiers à l'accès aux soins et à la prévention afin de limiter les conséquences sur l'état de santé des assurés. A ce titre il est protecteur non seulement des assurés et salariés aux revenus les plus modestes qui pourraient être découragés de recourir aux actes médicaux nécessaires de peur d'avoir à assumer un reste à charge potentiellement important, mais également de l'ensemble de la population et notamment des personnes dont l'état de santé est fragile qui sont les plus directement susceptibles de souffrir du risque de contamination dans le cas d'une épidémie. Il permet également de protéger les assurés notamment ceux aux revenus modestes d'une perte de ces revenus en cas d'arrêt de travail lié à l'épidémie.

• Impact sur les jeunes

Ce dispositif améliore les modalités de prises en charge des personnes disposant de faibles revenus, notamment parmi les jeunes : 43,6% des bénéficiaires de la CMU-c ont moins de 20 ans. L'élargissement de la prise en charge en cas de crise sanitaire aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire profiterait donc particulièrement aux jeunes.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Certaines mesures prises dans le cadre de l'adaptation de ce dispositif dérogatoire peuvent permettre aux populations les plus précaires et fragiles d'avoir accès aux soins malgré un contexte engendré par la crise sanitaire compliqué. Ainsi, lors de l'épidémie de covid-19, la prise en charge intégrale des téléconsultations a permis à ces populations et notamment aux personnes à mobilité réduite de pouvoir bénéficier des soins nécessaires malgré les règles restreignant la possibilité de se déplacer sur le territoire.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Parmi les bénéficiaires de la C2S gratuite (ex-CMU-c) les femmes sont proportionnellement un peu moins nombreuses que les hommes parmi les bénéficiaires âgés de moins de 20 ans (49% vs 51%) mais que la situation s'inverse à l'âge adulte. Elles sont également plus nombreuses parmi les bénéficiaires de la C2S participative (ex-ACS, 57% de femmes).

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Les crises sanitaires peuvent par ailleurs conduire les caisses de sécurité sociale à faire évoluer les démarches des assurés, comme avec la mise en place de téléservice pendant l'épidémie de Covid-19, afin de faciliter la prise en charge.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

En fonction des dispositifs dérogatoires mis en œuvre, les systèmes d'informations des caisses doivent être adaptés ou créés dans des délais contraints afin que les caisses soient en capacité de gérer l'afflux de nouvelles demandes. Cependant certains dispositifs ne nécessitent aucune modification majeure des systèmes d'information et les outils informatiques connaissent simplement une mise à jour. Ces modifications des systèmes d'information sont toutefois difficiles à anticiper et dépendent des mesures dérogatoires mises en œuvre.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Aucun texte d'application n'est nécessaire. La création des dispositifs dérogatoires se fera par décret.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Ce dispositif devra être effectif au 1^{er} janvier 2021.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

En cas de mise en œuvre de mesures dérogatoires prises en application du dispositif objet de la présente mesure, les assurés seront informés par une communication gouvernementale (campagne de communication, diffusion d'information via la presse grand public, mise en ligne des informations sur les sites internet du Gouvernement et des ministères concernés). Ils seront également informés par leur caisse d'assurance maladie. Cette information pourra également être relayée par les préfetures et les agences régionales de santé si l'échelon d'organisation s'y prête.

d) Suivi de la mise en œuvre

Chaque prise en charge exceptionnelle fera l'objet d'un suivi par les organismes chargés de la mise en place du dispositif et par la CNAM en cas de coordination du dispositif pour plusieurs régimes d'assurance maladie obligatoire.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale	Article L. 16-10-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de règles de prise en charge renforcée des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèce, dérogatoires au droit commun, celles-ci peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder une année.</p> <p>Dans les conditions et limites fixées par ce décret, les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa peuvent porter, en fonction de la nature du risque en cause, sur :</p> <p>1° La participation de l'assuré, la participation forfaitaire et la franchise mentionnées, respectivement, au premier alinéa des I, II et III de l'article L. 160-13 ;</p> <p>2° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 ;</p> <p>3° Les dépassements d'honoraires pour les actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;</p> <p>4° Les dépassements de tarifs pour les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et pour les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;</p> <p>5° Certaines conditions dans lesquelles est limitée à diverses situations la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de prestations ou produits de santé prévues aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1, L. 162-16, L. 165-1 et L. 322-5 ;</p> <p>6° Les conditions mentionnées aux articles L. 313-1 et L. 622-3, en tant qu'elles concernent les indemnités journalières mentionnées aux articles L. 321-1, L. 331-3, L. 331-7, L. 331-8, L. 622-1, L. 622-2 et L. 623-1 du présent code et à l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que le capital prévu aux articles L. 361-1 et L. 632-1 du présent code ;</p> <p>7° Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 du présent code, au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-5 du même code ;</p> <p>8° Les délais et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2 du présent code et au sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les incapacités de travail, ainsi qu'aux articles L. 441-1 et L. 441-2 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime et au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code pour les accidents de travail.</p> <p>Ces dérogations ne peuvent être prévues que pour les actes et prestations directement en lien avec le risque en cause et pour les assurés exposés à ce risque.</p> <p>Le décret mentionné au premier alinéa détermine les prestations et les assurés concernés, ainsi que la nature, le niveau, la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et des prises en charge applicables. Il fixe, le cas échéant, des modalités d'organisation et de coordination des organismes de sécurité sociale, spécifiques à la procédure de prise en charge.</p>	<p>Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de règles de prise en charge renforcée des frais de santé ainsi que d'amélioration des conditions pour le bénéfice des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèce, dérogatoires au droit commun, celles-ci peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder une année.</p> <p>Dans les conditions et limites fixées par ce décret, les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa peuvent porter, en fonction de la nature du risque en cause, sur :</p> <p>1° La participation de l'assuré, la participation forfaitaire et la franchise mentionnées, respectivement, au premier alinéa des I, II et III de l'article L. 160-13 ;</p> <p>2° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 ;</p> <p>3° Les dépassements d'honoraires pour les actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;</p> <p>4° Les dépassements de tarifs pour les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et pour les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;</p> <p>5° Certaines conditions dans lesquelles est limitée à diverses situations la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de prestations ou produits de santé prévues aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1, L. 162-16, L. 165-1 et L. 322-5 ;</p> <p>6° Les conditions mentionnées aux articles L. 313-1 et L. 622-3, en tant qu'elles concernent les indemnités journalières mentionnées aux articles L. 321-1, L. 331-3, L. 331-7, L. 331-8, L. 622-1, L. 622-2 et L. 623-1 du présent code et à l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que le capital prévu aux articles L. 361-1 et L. 632-1 du présent code ;</p> <p>7° Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 du présent code, au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-5 du même code ;</p> <p>8° Les délais et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2 du présent code et au sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les incapacités de travail, ainsi qu'aux articles L. 441-1 et L. 441-2 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime et au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code pour les accidents de travail.</p> <p>6° La prise en charge par l'assurance maladie de frais de santé qui ne relèvent pas de la protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie ou la maternité au titre des articles L. 160-8 et L. 160-9 ;</p> <p>7° Les conditions et la période d'attribution du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnées à l'article L. 861-5, à l'aide médicale de l'Etat mentionnées à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles et aux soins urgents mentionnés à l'article L. 254-1 du même code ;</p>

	<p>8° La condition de stabilité et de régularité de résidence pour l'affiliation à l'assurance maladie et maternité prévue à l'article L. 160-1 du présent code ;</p> <p>9° Les prestations en espèces d'assurance maladie, maternité et décès d'un régime obligatoire de sécurité sociale et le maintien du traitement ou de la rémunération des périodes de congé pour raison de santé pour les assurés relevant d'un régime visé à l'article L. 711-1, s'agissant :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) des conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces prévues aux articles L.313-1, L. 321-1, L. 331-3, L. 331-7, L. 331-8 et L. 361-1 ou des dispositifs équivalents des autres régimes obligatoires ; b) du délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 321-2 ou des dispositifs équivalents ; c) de la prise en compte du service de ces prestations dans les périodes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 323-1 ou des dispositifs équivalents ; <p>10° Les délais et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2 du présent code et au sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les incapacités de travail, ainsi qu'aux articles L. 441-1 et L. 441-2 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime et au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code pour les accidents de travail ;</p> <p>11° Le délai dans lequel le recours préalable mentionné à l'article L.142-4 du présent code doit être formé ainsi que les délais relatifs aux conditions d'examen de ces recours, les délais à l'issue desquels une décision, un accord ou un avis peut ou doit intervenir ou est acquis implicitement.</p> <p>Ces dérogations ne peuvent être prévues que pour les actes et prestations directement en lien avec le risque en cause ou nécessaires à la limitation de la propagation des effets de ce risque et pour les assurés exposés personnes exposées de manière directe ou non à ce risque.</p> <p>Le décret mentionné au premier alinéa détermine les prestations et les assurés concernés personnes concernées, ainsi que la nature, le niveau, la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et des prises en charge applicables. Il fixe, le cas échéant, des modalités d'organisation et de coordination des organismes de sécurité sociale, spécifiques à la procédure de prise en charge. Il peut prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'il contient dans la limite d'un mois avant la date de sa publication.</p> <p>Le décret pris sur le fondement du présent article est dispensé des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire. Par dérogation à l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les conseil ou les conseils d'administration des caisses nationales concernées sont informés de tout projet de texte pris en application du présent article.</p>
<p>Article L. 1226-1-1 actuel du code du travail</p>	<p>Article L. 1226-1-1 modifié du code du travail</p>
<p>Le contrat de travail d'un salarié atteint d'une maladie ou victime d'un accident non professionnel demeure suspendu pendant les périodes au cours desquelles il suit les actions mentionnées à l'article L. 323-3-1 du code</p>	<p>Le contrat de travail d'un salarié atteint d'une maladie ou victime d'un accident non professionnel demeure suspendu pendant les périodes au cours desquelles il suit les actions mentionnées à l'article L. 323-3-1 du code</p>

<p>de la sécurité sociale dans les conditions prévues à ce même article.</p>	<p>de la sécurité sociale dans les conditions prévues à ce même article.</p> <p>Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, tel que prévu à l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de conditions adaptées pour le versement de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1, dérogoires au droit commun, celles-ci peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder un an.</p> <p>Dans les conditions et limites fixées par ce décret, les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa peuvent porter, sur :</p> <p>1° la condition d'ancienneté prévue au premier alinéa de l'article L. 1226-1 ;</p> <p>2° les conditions prévues aux 1° et 3° de l'article L. 1226-1 ;</p> <p>3° l'exclusion des catégories de salariés mentionnées au cinquième alinéa de l'article L. 1226-1 ;</p> <p>4° les taux de l'indemnité complémentaire prévues par le décret pris pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 1226-1 ;</p> <p>5° les délais fixés par le décret pris pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 1226-1 ;</p> <p>6° les modalités de calcul de l'indemnité complémentaires prévues par le décret pris pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 1226-1.</p> <p>Le décret mentionné au premier alinéa détermine la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et peut leur conférer une portée rétroactive dans la limite d'un mois avant la date de sa publication.</p>
--	---

Article 37 – Revalorisation et transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

a) L'ASI, destinée aux invalides disposant de ressources modestes, a fait l'objet d'une première revalorisation en 2020, qui doit être poursuivie

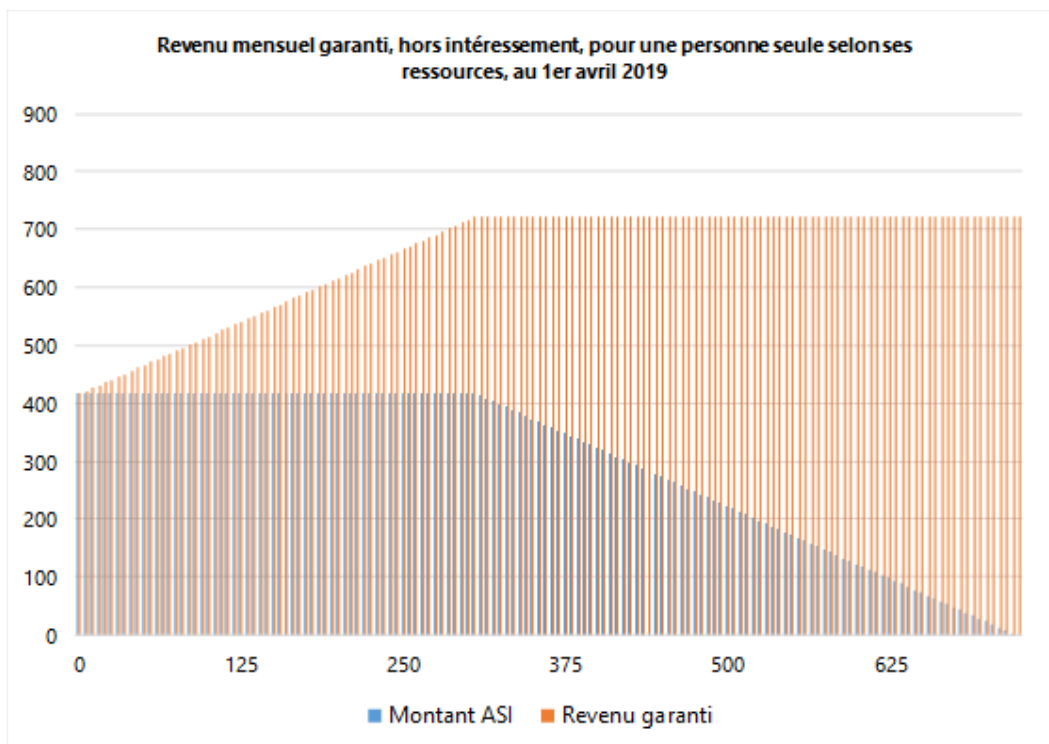
L'ASI, minimum social créé en 1957 et attaché à la reconnaissance d'une situation d'invalidité, permet de compléter les ressources des bénéficiaires d'une pension d'invalidité, essentiellement, ou, si l'assuré est par ailleurs reconnu invalide, d'un avantage vieillesse (pension de réversion, pension de veuf ou de veuve, retraite anticipée pour carrière longue ou pénibilité), jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite.

• L'ASI est une allocation différentielle, dont le montant n'a pas connu les revalorisations exceptionnelles dont ont bénéficié d'autres minima sociaux

Depuis le 1^{er} avril 2020, suite à la modification apportée par l'article 270 de la loi de finances pour 2020, le montant de l'ASI est fixé de façon différentielle au plafond de ressources. Ainsi, le montant de l'ASI, cumulé au montant de la pension d'invalidité (292,80 €) permet d'atteindre le plafond de ressources pour bénéficier de l'allocation (750 €¹).

Comme annoncé dans le cadre du PLFSS 2020, le plafond d'éligibilité et de calcul du montant de l'ASI a fait l'objet d'une revalorisation exceptionnelle au 1^{er} avril 2020. Le plafond de l'ASI a été porté à 750 € par mois pour une personne seule et à 1 312,50 € pour les personnes en couple au 1^{er} avril 2020, contre 723 € pour une personne seule en 2019. L'allocation est par ailleurs désormais calculée de façon totalement différentielle, le montant maximal d'ASI étant supprimé, ce qui permet aux bénéficiaires atteignant le montant maximal d'ASI, précédemment fixé à 415 €, de voir leurs ressources globales augmenter de 705 à 750€ en ajoutant leur pension d'invalidité.

Cette revalorisation a donc permis une hausse du montant de la prestation comprise entre 27 € mensuels au minimum et 45 € mensuels au maximum. Néanmoins, malgré cette mesure, le niveau du plafond de l'ASI (personne seule et couple) reste inférieur à celui de l'AAH ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), prestations auxquelles l'ASI pouvait se comparer initialement (et dont les plafonds s'élèvent respectivement à 900€ et 903,20 € par mois).



¹ Montant pour une personne seule, au 1er avril 2020.

• Après avoir culminé en 1985, le nombre d'allocataires de l'ASI baisse régulièrement

En 2019, 71 535 personnes ont perçu l'ASI en France. Depuis sa création, le nombre d'allocataires a augmenté régulièrement jusqu'à la fin 1985, pour s'établir à 139 200 personnes. Il a ensuite fortement diminué. De 2011 à 2015, la baisse est moindre (-2,3 % en moyenne par an entre fin 2010 et fin 2015, contre -5,1 % en moyenne par an entre fin 2005 et fin 2010). Cette moindre baisse est liée à l'augmentation progressive de l'âge minimum légal de départ à la retraite qui a retardé, à compter du 1er juillet 2011, le basculement de l'ASI vers l'ASPA à partir de la génération née en 1951. Ceci explique la légère augmentation de l'évolution des effectifs en 2017 (+1,1 %), qui se stabilise en 2018 avant de renouer en 2019 avec le niveau de baisse observé auparavant (-1,1 %).

Les bénéficiaires de l'ASI sont plus jeunes que les pensionnés d'invalidité (32 % des bénéficiaires de l'ASI ont moins de 50 ans, mais seulement 26% des pensionnés d'invalidité), mais présentent un plus grand degré d'invalidité (15 % sont en catégorie 1 contre 26 % pour les pensionnés d'invalidité).

Caractéristiques des allocataires de l'ASI fin 2017

Caractéristiques	En %		
	Allocataires de l'ASI	Bénéficiaires d'une pension d'invalidité (tous régimes)	Ensemble de la population âgée de 25 à 64 ans
Effectifs (en nombre)	81 600	819 300	33 410 500
Sexe			
Femme	49	53	51
Homme	51	47	49
Âge			
25 à 29 ans	1	1	12
30 à 39 ans	7	6	24
40 à 49 ans	24	19	26
50 à 59 ans	50	55	26
60 ans ou plus	18	19	12
Catégorie d'invalidité			
1 : invalides capables d'exercer une activité professionnelle	15	26	-
2 : invalides absolument incapables d'exercer une activité professionnelle	81	72	-
3 : invalides absolument incapables d'exercer une activité professionnelle et qui sont dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante	4	2	-

b) Alors que les pensions d'invalidité relèvent du champ de la sécurité sociale, l'ASI est financée sur le budget de l'Etat

L'ASI est actuellement servie par les régimes de sécurité sociale mais financée sur le budget de l'Etat, au titre du programme 157 « Handicap et dépendance ». Les mesures relatives aux pensions d'invalidité, financées par l'assurance-maladie, ont ainsi automatiquement des impacts sur le budget de l'Etat, en jouant dans le sens inverse sur les dépenses d'ASI.

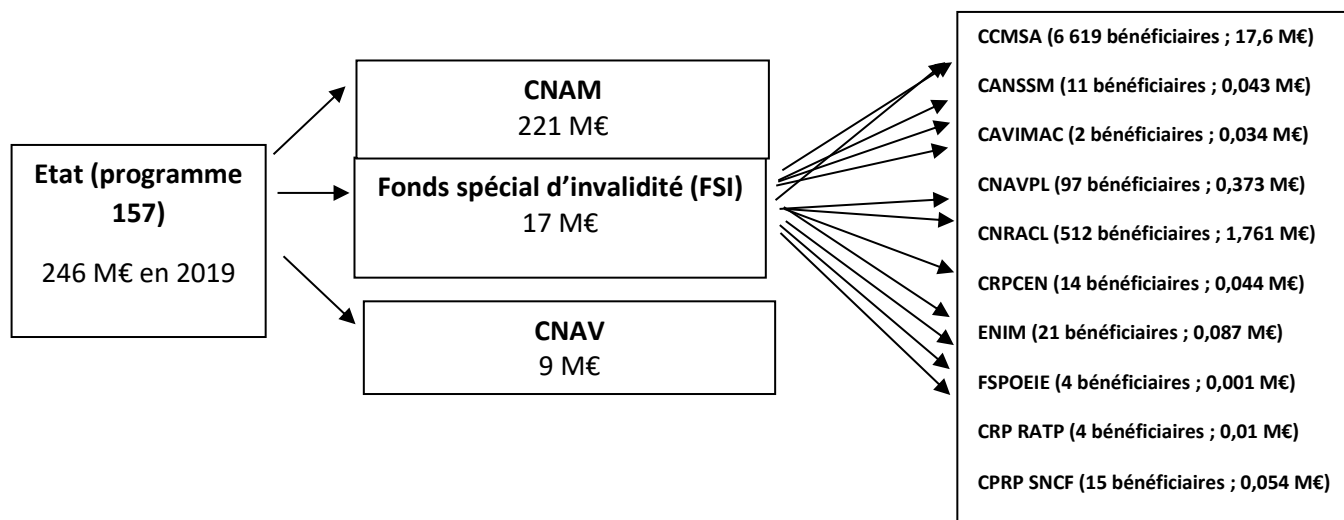
Des circuits financiers d'une inutile complexité sont par ailleurs actuellement associés à l'ASI. En effet, les dépenses entraînées par l'ASI, à l'exception de celles enregistrées par le régime général (vers la CNAM et vers la CNAV) qui font l'objet d'un remboursement direct par l'Etat, sont à la charge d'un fonds spécial invalidité (FSI), doté de l'autonomie financière et dont la gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations.

Or, le recours à un fonds, doté de la personnalité civile, gérant exclusivement ce dispositif, présente en pratique peu d'intérêt. La consolidation par la Caisse des dépôts, dont la mission se limite en gestion à reverser à 10 régimes¹ de sécurité sociale la dotation qu'elle perçoit de l'Etat (17M€ en 2019, soit seulement 7 % de la dépense totale d'ASI²), constitue une étape intermédiaire qui s'avère dispensable. Elle ne se substitue par ailleurs pas au suivi de cette dépense par les administrations de l'Etat, qu'il s'agisse de la préparation des échéances budgétaires ou de l'établissement, deux fois par an, de l'état semestriel des sommes restant dues aux organismes de sécurité sociale. Enfin, les textes prévoient l'existence d'un « comité du fonds spécial d'invalidité », en charge d'assister l'Etat dans l'administration du fonds, et composé de représentants des régimes désignés par leur conseil d'administration parmi leurs membres représentants des salariés. Dans les faits, ce comité n'a jamais été réuni.

¹ Hormis la CNAV et la CNAM, seule les dépenses versées pour la fonction publique d'Etat ne transitent pas par le FSI mais sont directement financées par l'Etat.

² La reprise de la gestion des travailleurs indépendants par la CNAM a encore réduit le périmètre du FSI, dont la dotation s'élevait à 33M€ en 2013 et représentait 13% des dépenses.

Circuit de versement de la dotation budgétaire au titre de l'ASI (effectifs de bénéficiaires, dépenses d'ASI données 2019)¹



2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

• Augmenter le montant de l'ASI

Une revalorisation exceptionnelle (qui se substituera à la revalorisation annuelle basée sur l'inflation, à l'instar de la revalorisation exceptionnelle du 1^{er} avril 2020) des montants mensuels de l'ASI, portera réglementairement le plafond d'éligibilité et de calcul à 800 € pour les allocations dues à compter du 1^{er} avril 2021 (et versées à compter du mois de mai, l'ASI étant versée à terme échu). Cette mesure aura un impact sensible sur le niveau de vie des intéressés. Elle constitue la poursuite de l'effort engagé en 2020 de relèvement du montant de ressources garanti par la prestation, dans une logique de convergence progressive avec d'autres minima sociaux auxquels l'ASI peut être comparée comme l'ASPA ou l'AAH.

Cette revalorisation s'appliquera également aux couples bénéficiaires de l'ASI, dont le plafond d'éligibilité augmentera de 1312,5 € par mois à 1400€ mensuels.

• Transférer le financement de l'ASI à l'assurance maladie

Dans une logique de clarification et de simplification du financement de l'ASI, la mesure proposée met à la charge de l'assurance maladie la totalité du financement de cette allocation. En effet, l'ASI s'adosse à une prestation contributive, visant à couvrir le risque d'une perte de revenu consécutive à une maladie ayant entraîné une incapacité permanente. L'ASI garantit un niveau de vie minimum aux personnes ayant subi ce risque. Cette allocation obéit aux mêmes conditions d'ouverture de droit, administratives et médicales, que les pensions d'invalidité, et toute mesure concernant les pensions d'invalidité a un impact immédiat sur les dépenses d'ASI, traduisant le caractère indissociable de ces deux prestations.

Le transfert du financement de l'ASI à la sécurité sociale impose de définir un nouveau circuit de financement des dépenses d'ASI. La CNAM assurera le financement des dépenses d'ASI, via la création d'un fonds dédié au sein de ses comptes, sur le même modèle que le fonds de financement de la complémentaire santé solidaire créée dans ce même PLFSS, ou que le fonds de lutte contre les addictions instauré par l'article 57 de la LFSS pour 2019. Les dépenses du fonds seront ainsi constituées des remboursements des dépenses d'ASI réalisées par les différents organismes gestionnaires. Ces modalités d'échanges d'informations et de remboursements entre la CNAM et les autres régimes seront fixées par voie réglementaire. Les ressources du fonds seront constituées d'une fraction de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), calibrée de telle sorte à financer exactement les dépenses du fonds. La CNAM sera compensée pour solde de tout compte de cette nouvelle charge par l'affectation d'une fraction de TVA à due concurrence.

b) Autres options possibles

Une autre option consisterait à faire financer les dépenses d'ASI par chaque régime d'invalidité qui la délivre. Différentes sources de financement devraient alors être trouvées pour compenser chaque régime devant désormais auto-financer ces dépenses d'ASI en lieu et place de l'Etat. Quatre formes de compensation pourraient ainsi être prévues : par affectation de recettes fiscales de l'Etat pour le régime général (CNAM et CNAV), par un équilibrage par la dotation PUMA pour les régimes où l'ASI relève du risque maladie (ENIM, CRPCEN, CAVIMAC), soit par une augmentation des subventions de l'Etat aux régimes spéciaux financés par ce biais (CRP SNCF, CRP RATP, FSPOEIE) soit pour les

¹ La dotation versée à la CNAM comprend les dépenses qui relevaient précédemment de la CNDSTI (2 767 bénéficiaires ; 8,685 M€)

régimes autonomes (CNIEG, CNRACL, CNAVPL) par une affectation directe de recettes fiscales. Il en résulterait une multiplication de nouveaux flux financiers allant à l'encontre de l'objectif de simplification recherché.

Une autre option pourrait consister en un financement par chacun des régimes pour les bénéficiaires de l'ASI relevant de leur périmètre propre, ce qui pourrait déséquilibrer financièrement certains de ces régimes.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Le transfert du financement de l'ASI à la CNAM se traduisant par une hausse des dépenses de l'assurance-maladie, ont un impact sur les dépenses des années à venir des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, au sens du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, ce qui justifie leur place en loi de financement de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Cette mesure est conforme aux règles prévues à l'article 70 du règlement 883/2004 qui définit les prestations spéciales en espèces à caractère non contributif. L'ASI demeure une prestation non exportable dans la mesure où elle couvre à titre complémentaire un risque correspondant aux branches de sécurité sociale et garantit aux intéressés un revenu minimal de subsistance et qu'elle demeure financée exclusivement par une contribution fiscale obligatoire.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Les articles L. 815-26, L. 815-29 et L. 821-1-2 du code de la sécurité sociale seraient modifiés, de même que l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable (l'ASI n'est pas étendue à Mayotte)
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure directement applicable (article 4 du décret n°91-306 du 25 mars 1991 relatif à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès et au congé de paternité dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon)
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le transfert des dépenses d'ASI, avant mesure de revalorisation, représente une hausse de 282 M€ des charges de l'assurance-maladie. Ce transfert fera l'objet d'une compensation par l'Etat, via une hausse de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale, à hauteur de 297 M€, afin de tenir compte des économies engendrées sur l'AAH (18 M€) et de l'effet année pleine des mesures de revalorisation de l'ASI adoptées en 2020 et compensées par la sécurité sociale (- 3 M€).

La hausse du plafond d'éligibilité à l'allocation à 800 € au 1er avril 2021 aura deux effets :

- d'une part, elle se traduira par une hausse du montant servi pour les bénéficiaires actuels : les 71 400 bénéficiaires de l'ASI verront le montant de leur allocation progresser de 50 € par mois, ce qui représente un coût de 28 M€. Le coût net est cependant deux fois moins élevé, car les dépenses d'AAH seront réduites de 14 M€, du fait de la baisse de l'allocation différentielle servie.
- d'autre part, elle entraînera une hausse du nombre de nouveaux bénéficiaires éligibles, qui peut être estimée à 5 %, soit 3 390 allocataires supplémentaires. Ces nouveaux bénéficiaires conduisent à une dépense de 8 M€, réduite à 4 M€ du fait des économies engendrées sur l'AAH pour la moitié de ces bénéficiaires.

En 2022, le coût de la revalorisation du plafond à 800€ en année pleine s'élèvera à 54 M€ pour l'ASI, soit un surcoût net de 27 M€, une fois les économies constatées sur l'AAH prises en compte.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Montant de la dépense tendancielle d'ASI		-282M€	-282M€	-282M€	-282M€
Fixation à 800 € du plafond de l'ASI		- 18 M€	- 27 M€	- 27 M€	- 27 M€
<i>Hausse des dépenses d'ASI</i>		-36M€	-54M€	-54M€	-54M€
<i>Economies sur l'AAH (Etat)</i>		+18M€	+27M€	+27M€	+27M€

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

En améliorant les ressources des invalides disposant de faibles revenus, la présente mesure aura un impact favorable sur le pouvoir d'achat de ces assurés.

b) Impacts sociaux

La revalorisation du plafond aura un impact favorable sur les ressources des bénéficiaires de ce minimum social.

• Impact sur les jeunes

La mesure s'appliquera aussi aux assurés jeunes mais qui sont de fait relativement peu nombreux en invalidité.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Un nombre important des pensionnés d'invalidité sont également en situation de handicap. A ce titre, la mesure aura un impact favorable sur le niveau de vie de ces publics.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure relative à la revalorisation de l'ASI aura un impact identique sur les femmes et sur les hommes, les femmes constituant 49 % des allocataires.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La présente mesure n'a pas d'impact en termes de démarches administratives. Mais il convient de souligner qu'à terme, les assurés invalides exerçant une activité professionnelle, dont des bénéficiaires de l'ASI, n'auront plus de démarches à effectuer pour déclarer leurs revenus grâce à l'exploitation des dispositifs de ressources mensuelles.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Sans objet.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

S'agissant de la mesure de revalorisation exceptionnelle de l'ASI, il conviendra de modifier le montant du plafond à l'article D. 815-19 du code de la sécurité sociale.

S'agissant du transfert de l'ASI à l'assurance maladie et de la suppression du FSI, il conviendra de modifier ou abroger les articles suivants du code de la sécurité sociale : les articles R. 815-58-1 à R. 815-75 et l'article R. 815-78.

Les textes d'application seront publiés au cours du dernier semestre 2020.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mise en œuvre des mesures s'échelonne du 1^{er} janvier 2021, date du transfert du financement de l'ASI à la CNAM, au 1^{er} avril 2021, qui est la date proposée pour la revalorisation exceptionnelle de l'ASI.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

S'agissant de la revalorisation de l'ASI, une information des assurés sera assurée par les sites internet des régimes.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 815-26 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 815-26 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les dépenses entraînées par l'attribution de l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L. 815-24 sont à la charge d'un fonds spécial d'invalidité doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière et administré par l'autorité compétente de l'Etat, assistée d'un comité comprenant des représentants de l'Etat et des principaux régimes de sécurité sociale. La gestion financière est assurée par la Caisse des dépôts et consignations.</p>	<p>Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité.</p> <p>Les dépenses du fonds sont constituées par le remboursement aux organismes débiteurs mentionnés à l'article L. 815-27 des prestations qu'ils servent au titre de l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L. 815-24.</p> <p>Les recettes du fonds sont constituées d'une fraction du produit de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 dans les conditions fixées par l'article L. 131-8.</p>
Article L. 815-29 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 815-29 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les dispositions du deuxième et du troisième alinéa de l'article L. 815-10, des articles L. 815-11, L. 815-12, L. 815-14 à L. 815-18 et L. 815-23 sont applicables au service, au contentieux et aux pénalités afférents à l'allocation supplémentaire instituée au présent chapitre.</p> <p>Le financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité est assuré par l'Etat pour ce qui concerne le régime général et par le fonds mentionné à l'article L. 815-26 pour ce qui concerne les autres organismes débiteurs de l'allocation, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction de ces pertes, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p>	<p>Les dispositions du deuxième et du troisième alinéa de l'article L. 815-10, des articles L. 815-11, L. 815-12, L. 815-14 à L. 815-18 et L. 815-23 sont applicables au service, au contentieux et aux pénalités afférents à l'allocation supplémentaire instituée au présent chapitre.</p> <p>Le financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité est assuré par l'Etat pour ce qui concerne le régime général et par le fonds mentionné à l'article L. 815-26 pour ce qui concerne les autres organismes débiteurs de l'allocation, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction de ces pertes, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p>
Article L. 821-1-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 821-1-2 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Une majoration pour la vie autonome dont le montant est fixé par décret est versée aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés au titre de l'article L. 821-1 qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> -disposent d'un logement indépendant pour lequel ils reçoivent une aide personnelle au logement ; -perçoivent l'allocation aux adultes handicapés à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ; -ne perçoivent pas de revenu d'activité à caractère professionnel propre. <p>La majoration pour la vie autonome est également versée aux bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 dont l'incapacité permanente est au moins égale au pourcentage fixé par le décret mentionné au premier alinéa de l'article L. 821-1 et qui satisfont aux conditions prévues aux deuxième et quatrième alinéas du présent article. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles la majoration pour la vie autonome est versée aux intéressés hébergés dans un établissement social ou médico-social, hospitalisés dans un établissement de santé ou incarcérés dans un</p>	<p>Une majoration pour la vie autonome dont le montant est fixé par décret est versée aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés au titre de l'article L. 821-1 qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> -disposent d'un logement indépendant pour lequel ils reçoivent une aide personnelle au logement ; -perçoivent l'allocation aux adultes handicapés à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ; -ne perçoivent pas de revenu d'activité à caractère professionnel propre. <p>La majoration pour la vie autonome est également versée aux bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 dont l'incapacité permanente est au moins égale au pourcentage fixé par le décret mentionné au premier alinéa de l'article L. 821-1 et qui satisfont aux conditions prévues aux deuxième et quatrième alinéas du présent article. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles la majoration pour la vie autonome est versée aux intéressés hébergés dans un établissement social ou médico-social, hospitalisés dans un établissement de santé ou incarcérés dans un</p>

<p>établissement relevant de l'administration pénitentiaire. La majoration pour la vie autonome n'est pas cumulable avec le complément de ressources visé à l'article L. 821-1-1. L'allocataire qui remplit les conditions pour l'octroi de ces deux avantages choisit de bénéficier de l'un ou de l'autre. Les dispositions de l'article L. 821-5 sont applicables à la majoration pour la vie autonome.</p>	<p>établissement relevant de l'administration pénitentiaire. La majoration pour la vie autonome n'est pas cumulable avec le complément de ressources visé à l'article L. 821-1-1. L'allocataire qui remplit les conditions pour l'octroi de ces deux avantages choisit de bénéficier de l'un ou de l'autre. Les dispositions de l'article L. 821-5 sont applicables à la majoration pour la vie autonome.</p>
<p align="center">Article L. 731-2 actuel du code rural et de la pêche maritime</p>	<p align="center">Article L. 731-2 actuel du code rural et de la pêche maritime</p>
<p>Le financement des assurances maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par :</p> <p>1° Les cotisations dues par les assujettis ;</p> <p>2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime ;</p> <p>3° abrogé ;</p> <p>4° Le produit des contributions mentionnées aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts ;</p> <p>5° Une fraction égale à 46,60 % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ;</p> <p>6° (Abrogé) ;</p> <p>7° (Abrogé) ;</p> <p>8° (Abrogé) ;</p> <p>9° (Abrogé) ;</p> <p>10° (Abrogé) ;</p> <p>11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ;</p> <p>12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie destinée à assurer l'équilibre financier de la branche dans les conditions fixées par l'article L. 134-11-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;</p> <p>15° Toute autre ressource prévue par la loi.</p>	<p>Le financement des assurances maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par :</p> <p>1° Les cotisations dues par les assujettis ;</p> <p>2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime ;</p> <p>3° abrogé ;</p> <p>4° Le produit des contributions mentionnées aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts ;</p> <p>5° Une fraction égale à 46,60 % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ;</p> <p>6° (Abrogé) ;</p> <p>7° (Abrogé) ;</p> <p>8° (Abrogé) ;</p> <p>9° (Abrogé) ;</p> <p>10° (Abrogé) ;</p> <p>11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ;</p> <p>12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie destinée à assurer l'équilibre financier de la branche dans les conditions fixées par l'article L. 134-11-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;</p> <p>15° Toute autre ressource prévue par la loi.</p>

Article 38 – Prises en charge dérogatoires des médicaments (refonte ATU – RTU)

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'assurance maladie peut prendre en charge sous certaines conditions et de façon temporaire et dérogatoire des médicaments ne disposant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) (médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation ; ATU) ou des médicaments disposant d'une AMM prescrits en dehors du cadre autorisé (médicaments sous recommandations temporaires d'utilisation : RTU).

Le système des ATU en France est parmi les plus anciens en Europe. Depuis sa création en 1992, plusieurs dispositifs, ainsi que des modifications du dispositif historique sont venus aménager ce principe initial pour adapter l'accès précoce aux besoins des patients. La prise en charge en relai des médicaments ayant bénéficié d'une ATU dans l'attente de leur prise en charge dans le droit commun, « dispositif post-ATU », a d'abord été introduit par la LFSS pour 2014 puis les « ATU de cohorte d'extension d'indication thérapeutique » (ATU en EIT) et la prise en charge anticipée d'un médicament au titre de son AMM (« post-ATU direct ») l'ont été par la LFSS pour 2019. Chaque dispositif a ses spécificités tant par ses modalités d'accès, de sortie, de prise en charge financière mais aussi de gestion administrative. Par ailleurs, de nombreuses mesures relatives à de nouvelles modalités de financement (compensations fixées versus indemnité libre, multiplicité des dispositifs de remises) ont été ajoutées pour limiter l'accroissement des dépenses. En 2019, les dépenses de l'assurance maladie de l'accès précoce représentaient plus de 700 millions d'euros.

Cette accumulation de mesures aboutit aujourd'hui à un dispositif complexe qui pourrait gagner en lisibilité et en prévisibilité pour l'ensemble des acteurs.

Ainsi, il est apparu nécessaire de proposer une refonte totale de ces dispositifs et de favoriser un nombre restreint de dispositifs, couvrant l'ensemble des besoins identifiés, permettant de conserver l'attractivité de ces dispositifs et offrant des garanties pour la soutenabilité de notre système de santé.

Les dispositifs actuellement en vigueur répondent aujourd'hui à plusieurs objectifs distincts :

Le premier objectif est de permettre aux patients de disposer soit précocement de nouveaux médicaments, soit d'accéder à des médicaments qui ne sont pas disponibles en France. Dans le premier cas, il permet, pour les laboratoires qui en font la demande et sous certaines conditions, une mise à disposition et une prise en charge de leur produit avant même que l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ne soit accordée en l'absence d'alternatives thérapeutiques appropriées (une vingtaine d'ATU primo-indication à laquelle s'ajoute une dizaine d'ATU en EIT). Dans le second cas, il permet, sur demande d'un prescripteur pour un patient donné, un accès à des médicaments sans AMM en France. Il s'agit de certaines ATU nominatives (environ 18 000 par an).

Le dispositif des ATU permet un accès précoce à la très grande majorité des médicaments dont on constate in fine le caractère innovant (évalués ASMR I à III par la commission de la transparence). En effet, plus de ¾ (77%) des médicaments innovants en primo-inscription entre 2014 et 2018 ont bénéficié d'une prise en charge dérogatoire ATU/post ATU. Si on considère ce taux de manière annuelle, il est stable depuis 2014 oscillant entre 67% et 100% de produits innovants préalablement pris en charge par une ATU.

Le second objectif est d'encadrer et de sécuriser une pratique de prescription hors-AMM d'un médicament commercialisé dans une indication non homologuée dans différentes situations (absence d'alternative thérapeutique, besoin non couvert pour certains patients, maladies rares...). Il s'agit du dispositif de recommandations temporaires d'utilisation (RTU) créé par la LFSS pour 2011. Ce dispositif a donné lieu à 27 RTU.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

La présente mesure propose une refonte totale du système actuel de prise en charge des ATU et des RTU avec la mise en place de deux mécanismes d'accès et de prise en charge :

- l'accès précoce qui vise les médicaments présumés innovants pour lesquels le laboratoire s'engage à déposer une AMM ;

- l'accès compassionnel qui vise les médicaments qui ne sont initialement pas destinés à obtenir une AMM nationale ou centralisée mais qui répondent de façon efficace à un besoin non couvert.

• L'accès précoce

L'accès précoce est réservé à certaines spécialités dans une indication thérapeutique pour laquelle elles sont présumées innovantes sous condition d'un engagement du laboratoire de déposer une demande d'AMM dans un délai déterminé. Ce dispositif a pour objectif d'unifier les dispositifs actuels d'octroi et de prise en charge des ATU de cohorte (primo et extension d'indication), les ATU nominatives et les RTU pour lesquelles une AMM sera sollicitée, ainsi que les prises en charge précoce aussi appelées « post-ATU direct » (lorsque l'AMM est obtenue). Un dossier unique est déposé concomitamment par le laboratoire auprès de l'ANSM, de la HAS et des autorités ministérielles.

Les critères d'octroi cumulatifs du dispositif sont évalués par et la HAS et l'ANSM :

- L'ANSM, en charge de la sécurité sanitaire, analyse la balance bénéfices/risques (B/R) du produit (cette analyse prenant en compte le contexte à savoir la pathologie concernée et la nécessité clinique d'une intervention sans laquelle un risque grave pour la santé des patients s'accroîtrait) ;
- La HAS, garante de l'entrée des produits dans le panier de soins rend sa décision au regard de l'analyse de la stratégie thérapeutique et de l'absence traitement approprié, de l'urgence à traiter, pour une pathologie qu'elle juge grave, rare ou invalidante, ainsi que de l'évaluation de la présomption d'innovation, notamment au regard des données cliniques disponibles et d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent. Elle définira les données à recueillir en vie réelle en vue de l'évaluation future lors de la demande de remboursement.

De façon à conserver une procédure simple et plus rapide, l'autorisation repose sur une seule décision, donnée par la HAS, celle-ci se fondant sur un avis conforme de l'ANSM relatif au rapport B/R qui sera annexé à la décision de la HAS. Cette autorisation vaut octroi de l'accès et de la prise en charge.

Afin d'assurer une entrée rapide dans le dispositif d'accès précoce, cette décision devra être rendue dans un délai déterminé, fixé entre 60 et 80 jours à partir du dépôt de la demande. A l'issue de ce délai, l'absence d'avis de l'ANSM portant sur la balance B/R (appréciée au regard du contexte susmentionné) vaut rejet de la demande d'autorisation (sauf si le produit dispose déjà de l'AMM). En revanche, dès lors que l'ANSM a rendu un avis favorable, l'autorisation est accordée à expiration du délai même en l'absence d'avis de la HAS.

Ainsi, les délais d'entrée dans le dispositif seront encadrés règlementairement et pourront être réduits par rapport aux délais actuels (aujourd'hui de l'ordre de 4,5 mois en moyenne, demain inférieurs à 80 jours), d'autant que sera mise en place une coordination entre l'Agence et la Haute Autorité, visant une publication unique et synchronisée de la décision et de l'avis conforme associé.

Concernant le retrait de l'accès précoce :

L'objectif est de simplifier la procédure de retrait de l'accès précoce en le rendant possible dès lors qu'un critère d'éligibilité relevant de son périmètre n'est plus rempli. Ainsi :

- Sur demande de l'ANSM, il peut être mis fin à l'accès précoce lorsque cette décision est motivée par une question de sécurité sanitaire le cas échéant de nature à modifier l'évaluation initiale de la balance B/R.
- Lorsque le retrait est motivé par un autre critère, la décision relève de la HAS.

S'agissant de la prise en charge :

- o Dès l'octroi de l'accès précoce, la prise en charge des patients est immédiate ;
- o Le prix est fixé librement par le laboratoire et assorti d'un double mécanisme de remises :
 - o Des remises annuelles calculées sur la base du chiffre d'affaires réalisé selon un barème (seuils et taux) déterminé par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale ;
 - o Des remises-produits applicables rétroactivement au moment de la finalisation de la négociation de l'avenant de prix final avec le CEPS ;
- o Certaines situations peuvent être de nature à mettre fin à cette prise en charge (retrait de la demande d'AMM par le laboratoire, refus de remboursement...). Par ailleurs, le niveau de remises peut évoluer en cas de non-respect des engagements à la charge du laboratoire ou de négociations avec le CEPS pour la tarification qui durent.
- o Lors de l'entrée du médicament, dans l'indication considérée, dans le droit commun ou lorsqu'il a été mis fin à la prise en charge précoce, la fixation du prix ou du prix de référence peut conduire au versement de remises, par le laboratoire ou par l'Assurance maladie.
- o L'obligation pour le laboratoire d'assurer les continuités des traitements initiés pendant l'accès précoce dans un délai déterminé est maintenue ;
- o Le suivi des patients par la mise en place de recueils de données conditionne la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie et est obligatoire ;
- o L'obligation d'information du patient par le prescripteur reste nécessaire.

• **L'accès compassionnel**

L'accès compassionnel vise deux cas de figure distincts qui ont en commun le fait de concerner des patients souffrant de maladies sans traitement approprié, lorsque dans une indication thérapeutique considérée, le laboratoire n'est pas intéressé par le marché français et n'est donc pas prêt à s'engager à déposer une demande d'AMM :

- soit cet accès compassionnel est demandé pour un médicament non autorisé et non disponible en France par un prescripteur hospitalier pour un patient nommément désigné sous réserve que l'ANSM soit en capacité de présumer d'un rapport bénéfice/risque favorable pour une maladie grave, rare ou invalidante ;

- soit il est encadré, à l'initiative de l'ANSM, en vue de sécuriser l'utilisation d'un médicament disponible en France, disposant d'une AMM dans d'autres indications, lorsqu'il fait l'objet d'une prescription hors AMM bien établie sur le territoire français. L'intervention de l'ANSM qui se traduit par une recommandation concernant une cohorte de patients peut reposer sur les données dont elle dispose ou sur des signalements étayés, émanant de sociétés savantes, de l'INCA, de filières de santé maladies rares (qui jouent un rôle de filtre). Il peut résulter d'une sollicitation des ministres.

La durée de cet accès compassionnel et son renouvellement sont encadrés et sont conditionnés à la transmission de données de suivi par les prescripteurs.

Il est proposé de donner un nouveau souffle à ce dispositif dont le bilan après 8 ans de mise en œuvre reste très mitigé : moins d'une trentaine de RTU seulement ont été établies sur la période.

Dans cette perspective, deux axes d'intervention sont privilégiés :

- Une action en amont pour faciliter et encourager les signalements de prescriptions hors AMM à l'ANSM : l'organisation et la formalisation des saisines seront profondément revues ;
- Une action en aval sur les prescripteurs afin d'améliorer leur adhésion au dispositif par la mise en place d'un suivi des patients proportionné et adapté à chaque situation.

Les critères d'octroi du dispositif évalués par l'ANSM sont les suivants (critères cumulatifs) :

- L'absence de traitement approprié ;
- Lorsqu'il existe une présomption d'un rapport bénéfice/risque favorable au regard des données cliniques disponibles. Dans le cas des maladies rares, ce critère sera modulé de façon à pouvoir prendre en compte la spécificité des données disponibles.

Les modalités de prises en charge permettant de garantir l'accès au médicament et de sécuriser financièrement le dispositif sont les suivantes :

- Prise en charge automatique par l'assurance maladie dès la validation de l'accès compassionnel par l'ANSM, subordonnée au recueil de données par le prescripteur ;
- Remboursement des établissements sur les prix facturés par les laboratoires et mise en place de remises obligatoires payées par le laboratoire, selon des conditions, taux et seuils définis.
- Dans certains cas, comme prévu aujourd'hui pour les RTU, les ministres de la santé et de la sécurité sociale pourraient fixer une base forfaitaire de remboursement, et le cas échéant, un prix limite de vente aux établissements de santé.

Certaines situations sont de nature à mettre fin à la prise en charge (basculement vers un accès précoce possible, inscription aux remboursements de droit commun), d'autres situations peuvent conduire l'ANSM à mettre fin à cet accès (balance bénéfice/risque défavorable). L'accès compassionnel peut également ne pas être renouvelé en raison de l'absence ou de l'insuffisance de remontées des données.

L'obligation d'information du patient par le prescripteur est maintenue.

Cette proposition présente de nombreux inconvénients dont le principal réside dans la difficulté de fixer ledit montant de l'enveloppe globale. En effet, un risque est de surestimer son montant et donc de surpayer les ATU en l'absence de mécanisme de régulation précoce du prix. Cette solution rendrait également difficile les négociations tarifaires du produit avec le CEPS au moment du débouclage car les laboratoires ne seraient pas incités à entrer dans le droit commun.

Par ailleurs, cette mesure aurait pour conséquence d'inciter les laboratoires à fixer des prix élevés par anticipation d'un éventuel remboursement mutualisé du dépassement de l'enveloppe.

Option 2

Il pourrait être proposé de mettre en place un système de financement de l'accès précoce correspondant à une grille préétablie, comprenant un forfait en fonction du type d'innovation et une compensation par patient établie en fonction du coût de production. Ce forfait constituerait le prix maximal de vente des produits aux établissements de santé.

Cette proposition présente également plusieurs inconvénients. D'une part, elle accroît le risque d'une diminution de l'accès à l'innovation du fait d'indemnités trop faibles qui pousseraient les industriels à renoncer à leurs demandes d'ATU. D'autre part, elle augmenterait le risque de déconnexion entre le montant de l'indemnité et le caractère innovant/la valeur clinique du produit.

Option 3

Compte tenu du dynamisme et du niveau des dépenses liées à l'ATU et au post-ATU, il aurait pu être envisagé de supprimer le principe de libre fixation du prix facial par l'industriel lors de la phase d'accès précoce et de mettre en place un dispositif de fixation administrée de l'indemnité provisoire pour l'ensemble des produits de santé concernés. Cette solution, par son caractère systématique, risquerait de diminuer le caractère attractif du dispositif tel qu'il existe aujourd'hui.

• Concernant l'accès compassionnel

Une prise en charge à l'euro de l'accès compassionnel sur la base des prix d'achats par les établissements et sans mécanisme de remises obligatoires dues par les laboratoires impliquerait une explosion des montants liés au « hors-AMM » incompatible avec les objectifs de maîtriser et de sécuriser les dépenses de l'assurance maladie.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure sera de nature à modifier la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie et à améliorer significativement la pertinence des prises en charge. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA, la HAS ainsi que l'ANSM ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Il convient de rappeler que l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Code de la sécurité sociale : les articles L. 133-4, L. 138-10, L. 138-11, L. 161-37, L. 162-16-5, L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-3, L. 162-16-5-4, L. 162-17-1-2, L. 162-17-2-1, L. 162-17-4, L. 162-18, L. 162-22-7-3, L. 182-2, L. 315-2 sont modifiés.

Code de la santé publique : les articles L. 5121-1, L. 5121-12, L. 5121-12-1, L. 5121-14-3, L. 5121-18, L. 5121-20, L. 5123-2, L. 5124-13, L. 5126-6, L. 5421-8, L. 5422-3, L. 5422-18, L. 5432-1, L. 5521-6 sont modifiés.

Code général des impôts : l'article 281 octies est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Code de la sécurité sociale : sans objet.

Code de la santé publique : sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

• Sur l'accès précoce

La présente mesure permet :

- De lisser la dépense avancée chaque année par l'Assurance maladie pour les produits en ATU et post-ATU plutôt que de rappeler le trop-payé en une fois. Elle est approchée par le montant des remises ATU/post-ATU appelées en 2020 rapportées pour chaque produit au nombre d'années de commercialisation sous le régime ATU.
- De réaliser des économies en faisant disparaître l'utilité du prix de lancement pour conclure les négociations tarifaires des produits passant d'un régime de prise en charge précoce à un régime de droit commun. Cette pratique de prix net de lancement permet au CEPS de diminuer la remise due par un laboratoire au titre de l'ATU/post-ATU en augmentant le prix de référence à partir duquel sont appelées les remises et facilite ainsi la conclusion des négociations avec le laboratoire. Cela génère par ailleurs un surcoût lors de la première année de commercialisation du produit en droit commun. Par ailleurs, cette mesure permettra de se doter de leviers pour que les laboratoires soient en capacité de payer les remises dues (lissage des remises sur plusieurs années). Ainsi, il est attendu une économie de 100M€ par an à terme.

• Sur l'accès compassionnel

Les dépenses hors-AMM des médicaments disposant d'au moins une indication inscrite sur la liste en sus représentent 700 M€. La mise en place des remises – cumulée avec l'amélioration et donc la bascule vers l'accès précoce - permettra de générer des économies de manière progressive. Il est envisagé de réaliser à horizon 2024 une économie de 20% sur les dépenses hors-AMM des médicaments de la liste en sus réalisées en 2020. La montée en charge de la réalisation de ces économies va être opérée par pallier de 5% par an pendant 4 ans.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		60	100	130	140
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

La mesure est de nature à avoir un impact économique positif pour :

- les laboratoires souhaitant mettre à disposition, de manière anticipée, certains médicaments innovants au regard de la simplification du dispositif.
- les établissements de santé grâce à la prise en charge de certains médicaments utilisés en dehors de leur AMM.

b) Impacts sociaux

La mesure impactera positivement les assurés, car elle permettra une meilleure prise en charge de l'innovation médicamenteuse et de certains médicaments utilisés en dehors de leur AMM.

• Impact sur les jeunes

La mesure ne présente pas d'impact spécifique pour les jeunes.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

La mesure n'a pas d'impact particulier pour les personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

La mesure n'induit pas d'impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mesure n'induit pas d'impacts particuliers supplémentaires pour les assurés sociaux s'agissant de démarches ou de formalités administratives.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La mesure vise la refonte d'un dispositif en vue de sa simplification. L'impact sur les métiers des administrations publiques ou des caisses d'assurance maladie s'en retrouvera donc simplifié.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mise en œuvre de la mesure sera réalisée dans le cadre des ressources existantes.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Des décrets préciseront les modalités d'application de la mesure. Ils seront publiés lors du premier trimestre 2021.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité particulière d'information n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisée dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	
Article L. 5121-1 actuel	Article L. 5121-1 modifié
<p>On entend par :</p> <p>1° Préparation magistrale, tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, soit extemporanément en pharmacie, soit dans les conditions prévues à l'article L. 5125-1 ou à l'article L. 5126-6 ;</p> <p>2° Préparation hospitalière, tout médicament, à l'exception des produits de thérapies génique ou cellulaire, préparé selon les indications de la pharmacopée et en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5, en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, ou par l'établissement pharmaceutique de cet établissement de santé autorisé en application de l'article L. 5124-9 ou dans les conditions prévues à l'article L. 5126-6. Les préparations hospitalières sont dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients par une pharmacie à usage intérieur dudit établissement. Elles font l'objet d'une déclaration auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé ;</p> <p>3° Préparation officinale, tout médicament préparé en pharmacie, inscrit à la pharmacopée ou au formulaire national et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie ;</p> <p>4° (Abrogé) ;</p> <p>5° a) Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. Une spécialité ne peut être qualifiée de spécialité de référence que si son autorisation de mise sur le marché a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation. Pour l'application du présent alinéa, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique. De même, les différents sels, esters, éthers, isomères, mélanges d'isomères, complexes ou dérivés d'un</p>	<p>On entend par :</p> <p>1° Préparation magistrale, tout médicament préparé selon une prescription médicale destinée à un malade déterminé en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-9-1, L. 5121-12 et L. 5121-12-1 mentionnés aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, soit extemporanément en pharmacie, soit dans les conditions prévues à l'article L. 5125-1 ou à l'article L. 5126-6 ;</p> <p>2° Préparation hospitalière, tout médicament, à l'exception des produits de thérapies génique ou cellulaire, préparé selon les indications de la pharmacopée et en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5, en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-9-1, L. 5121-12 et L. 5121-12-1 mentionnés aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, ou par l'établissement pharmaceutique de cet établissement de santé autorisé en application de l'article L. 5124-9 ou dans les conditions prévues à l'article L. 5126-6. Les préparations hospitalières sont dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients par une pharmacie à usage intérieur dudit établissement. Elles font l'objet d'une déclaration auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé ;</p> <p>3° Préparation officinale, tout médicament préparé en pharmacie, inscrit à la pharmacopée ou au formulaire national et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie ;</p> <p>4° (Abrogé) ;</p> <p>5° a) Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. Une spécialité ne peut être qualifiée de spécialité de référence que si son autorisation de mise sur le marché a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation. Pour l'application du présent alinéa, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique. De même, les différents sels, esters, éthers, isomères,</p>

<p>principe actif sont regardés comme ayant la même composition qualitative en principe actif, sauf s'ils présentent des propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. Dans ce cas, des informations supplémentaires fournissant la preuve de la sécurité et de l'efficacité des différents sels, esters ou dérivés d'une substance active autorisée doivent être données par le demandeur de l'autorisation de mise sur le marché ;</p> <p>b) Groupe générique, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont génériques. Toutefois, une spécialité remplissant les conditions pour être une spécialité de référence, qui présente la même composition qualitative en substance active, la même composition quantitative en substance active ou, à défaut, une fraction thérapeutique active identique dans les limites prévues à l'annexe I de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, et la même forme pharmaceutique qu'une spécialité de référence d'un groupe générique déjà existant, et dont la bioéquivalence avec cette spécialité est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées, peut aussi figurer dans ce groupe générique, à condition que ces deux spécialités soient considérées comme relevant d'une même autorisation de mise sur le marché globale, définie par voie réglementaire et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont les caractéristiques en termes de sécurité et d'efficacité sont équivalentes. Pour l'application du présent b, sont inscrites au répertoire des groupes génériques les spécialités qui se présentent sous une forme pharmaceutique orale à libération modifiée différente de celle de la spécialité de référence, à condition que ces spécialités et la spécialité de référence appartiennent à la même catégorie de forme pharmaceutique à libération modifiée et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ;</p> <p>c) Spécialité hybride d'une spécialité de référence, une spécialité qui ne répond pas à la définition d'une spécialité générique parce qu'elle comporte par rapport à la spécialité de référence des différences relatives aux indications thérapeutiques, au dosage, à la forme pharmaceutique ou à la voie d'administration, ou lorsque la bioéquivalence par rapport à cette spécialité de référence n'a pu être démontrée par des études de biodisponibilité. L'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité hybride repose au moins pour partie sur les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés déterminés en fonction de ces différences ;</p> <p>d) Groupe hybride, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides ;</p> <p>Pour l'application du présent b, peuvent être inscrits au répertoire des spécialités génériques les médicaments à base de plantes définis au 16° du présent article, à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article L. 5121-14-1, qui présentent la même composition qualitative et quantitative en substance active végétale, la même forme pharmaceutique et qui ont une activité thérapeutique équivalente. Les médicaments à base de plantes sont considérés comme ayant une composition qualitative identique dès lors que leur substance active végétale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - est conforme à la description des monographies communautaires élaborées par l'Agence européenne des médicaments, définies par la directive 2001/83/CE du Parlement et du Conseil du 6 novembre 2001 	<p>mélanges d'isomères, complexes ou dérivés d'un principe actif sont regardés comme ayant la même composition qualitative en principe actif, sauf s'ils présentent des propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. Dans ce cas, des informations supplémentaires fournissant la preuve de la sécurité et de l'efficacité des différents sels, esters ou dérivés d'une substance active autorisée doivent être données par le demandeur de l'autorisation de mise sur le marché ;</p> <p>b) Groupe générique, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont génériques. Toutefois, une spécialité remplissant les conditions pour être une spécialité de référence, qui présente la même composition qualitative en substance active, la même composition quantitative en substance active ou, à défaut, une fraction thérapeutique active identique dans les limites prévues à l'annexe I de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, et la même forme pharmaceutique qu'une spécialité de référence d'un groupe générique déjà existant, et dont la bioéquivalence avec cette spécialité est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées, peut aussi figurer dans ce groupe générique, à condition que ces deux spécialités soient considérées comme relevant d'une même autorisation de mise sur le marché globale, définie par voie réglementaire et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont les caractéristiques en termes de sécurité et d'efficacité sont équivalentes. Pour l'application du présent b, sont inscrites au répertoire des groupes génériques les spécialités qui se présentent sous une forme pharmaceutique orale à libération modifiée différente de celle de la spécialité de référence, à condition que ces spécialités et la spécialité de référence appartiennent à la même catégorie de forme pharmaceutique à libération modifiée et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ;</p> <p>c) Spécialité hybride d'une spécialité de référence, une spécialité qui ne répond pas à la définition d'une spécialité générique parce qu'elle comporte par rapport à la spécialité de référence des différences relatives aux indications thérapeutiques, au dosage, à la forme pharmaceutique ou à la voie d'administration, ou lorsque la bioéquivalence par rapport à cette spécialité de référence n'a pu être démontrée par des études de biodisponibilité. L'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité hybride repose au moins pour partie sur les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés déterminés en fonction de ces différences ;</p> <p>d) Groupe hybride, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides ;</p> <p>Pour l'application du présent b, peuvent être inscrits au répertoire des spécialités génériques les médicaments à base de plantes définis au 16° du présent article, à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article L. 5121-14-1, qui présentent la même composition qualitative et quantitative en substance active végétale, la même forme pharmaceutique et qui ont une activité thérapeutique équivalente. Les médicaments à base de plantes sont considérés comme ayant une composition qualitative identique dès lors que leur substance active végétale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - est conforme à la description des monographies communautaires élaborées par l'Agence européenne des
--	---

instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ; et

- n'est pas susceptible d'entraîner des différences significatives en termes d'efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables.

Pour l'application du présent b, peuvent être inscrites au répertoire des spécialités génériques les spécialités dont la ou les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances minérales, qui présentent la même composition qualitative et quantitative en substance, la même forme pharmaceutique et qui ont une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence. Les spécialités dont la ou les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances minérales sont considérées comme ayant une composition qualitative identique dès lors que leur substance active minérale répond aux spécifications des monographies de la pharmacopée, lorsqu'elles existent, et qu'elle n'est pas susceptible d'entraîner des différences significatives en termes d'efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables ;

6° Médicament immunologique, tout médicament consistant en :

a) Allergène, défini comme tout produit destiné à identifier ou provoquer une modification spécifique et acquise de la réponse immunologique à un agent allergisant ;

b) Vaccin, toxine ou sérum, définis comme tous agents utilisés en vue de provoquer une immunité active ou passive ou en vue de diagnostiquer l'état d'immunité ;

7° Médicament radiopharmaceutique, tout médicament qui, lorsqu'il est prêt à l'emploi, contient un ou plusieurs isotopes radioactifs, dénommés radionucléides, incorporés à des fins médicales ;

8° Générateur, tout système contenant un radionucléide parent déterminé en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des autorisations mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, servant à la production d'un radionucléide de filiation obtenu par élution ou par toute autre méthode et utilisé dans un médicament radiopharmaceutique ;

9° Trousse, toute préparation qui doit être reconstituée ou combinée avec des radionucléides dans le produit radiopharmaceutique final ;

10° Précurseur, tout autre radionucléide produit pour le marquage radioactif d'une autre substance avant administration ;

11° Médicament homéopathique, tout médicament obtenu à partir de substances appelées souches homéopathiques, selon un procédé de fabrication homéopathique décrit par la pharmacopée européenne, la pharmacopée française ou, à défaut, par les pharmacopées utilisées de façon officielle dans un autre Etat membre de l'Union européenne. Un médicament homéopathique peut aussi contenir plusieurs principes ;

12° Préparation de thérapie génique, tout médicament autre que les spécialités pharmaceutiques et les médicaments fabriqués industriellement mentionnés à l'article L. 5121-8, servant à transférer du matériel génétique et ne consistant pas en des cellules d'origine humaine ou animale. Ces préparations sont préparées à l'avance et dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients. Elles font l'objet d'une autorisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour une indication thérapeutique donnée. Cette autorisation peut être assortie de

médicaments, définies par la directive 2001/83/CE du Parlement et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ; et

- n'est pas susceptible d'entraîner des différences significatives en termes d'efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables.

Pour l'application du présent b, peuvent être inscrites au répertoire des spécialités génériques les spécialités dont la ou les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances minérales, qui présentent la même composition qualitative et quantitative en substance, la même forme pharmaceutique et qui ont une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence. Les spécialités dont la ou les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances minérales sont considérées comme ayant une composition qualitative identique dès lors que leur substance active minérale répond aux spécifications des monographies de la pharmacopée, lorsqu'elles existent, et qu'elle n'est pas susceptible d'entraîner des différences significatives en termes d'efficacité thérapeutique ou d'effets indésirables ;

6° Médicament immunologique, tout médicament consistant en :

a) Allergène, défini comme tout produit destiné à identifier ou provoquer une modification spécifique et acquise de la réponse immunologique à un agent allergisant ;

b) Vaccin, toxine ou sérum, définis comme tous agents utilisés en vue de provoquer une immunité active ou passive ou en vue de diagnostiquer l'état d'immunité ;

7° Médicament radiopharmaceutique, tout médicament qui, lorsqu'il est prêt à l'emploi, contient un ou plusieurs isotopes radioactifs, dénommés radionucléides, incorporés à des fins médicales ;

8° Générateur, tout système contenant un radionucléide parent déterminé en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'une des l'autorisations **ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-9-1, L. 5121-12 et L. 5121-12 mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12**, d'une autorisation d'importation parallèle ou d'une autorisation d'importation délivrée à un établissement pharmaceutique dans le cadre d'une rupture de stock d'un médicament, servant à la production d'un radionucléide de filiation obtenu par élution ou par toute autre méthode et utilisé dans un médicament radiopharmaceutique ;

9° Trousse, toute préparation qui doit être reconstituée ou combinée avec des radionucléides dans le produit radiopharmaceutique final ;

10° Précurseur, tout autre radionucléide produit pour le marquage radioactif d'une autre substance avant administration ;

11° Médicament homéopathique, tout médicament obtenu à partir de substances appelées souches homéopathiques, selon un procédé de fabrication homéopathique décrit par la pharmacopée européenne, la pharmacopée française ou, à défaut, par les pharmacopées utilisées de façon officielle dans un autre Etat membre de l'Union européenne. Un médicament homéopathique peut aussi contenir plusieurs principes ;

12° Préparation de thérapie génique, tout médicament autre que les spécialités pharmaceutiques et les médicaments fabriqués industriellement mentionnés à l'article L. 5121-8, servant à transférer du matériel génétique et ne consistant pas en des cellules d'origine humaine ou animale. Ces préparations sont préparées à

<p>conditions particulières ou de restrictions d'utilisation. Elle peut être modifiée, suspendue ou retirée ;</p> <p>13° Préparation de thérapie cellulaire xénogénique, tout médicament autre que les spécialités pharmaceutiques et les médicaments fabriqués industriellement mentionnés à l'article L. 5121-8, consistant en des cellules d'origine animale et leurs dérivés utilisés à des fins thérapeutiques, y compris les cellules servant à transférer du matériel génétique, quel que soit leur niveau de transformation. Ces préparations sont préparées à l'avance et dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients. Elles font l'objet d'une autorisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour une indication thérapeutique donnée. Cette autorisation peut être assortie de conditions particulières ou de restrictions d'utilisation. Elle peut être modifiée, suspendue ou retirée. L'Agence de la biomédecine est informée des décisions relatives à ces préparations prises en application du présent alinéa ;</p> <p>14° Médicament biologique, tout médicament dont la substance active est produite à partir d'une source biologique ou en est extraite et dont la caractérisation et la détermination de la qualité nécessitent une combinaison d'essais physiques, chimiques et biologiques ainsi que la connaissance de son procédé de fabrication et de son contrôle ;</p> <p>15° a) Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, médicament biologique similaire, tout médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence mais qui ne remplit pas les conditions prévues au a du 5° du présent article pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication et nécessitant que soient produites des données précliniques et cliniques supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire ;</p> <p>Un médicament biologique ne peut être qualifié de médicament biologique de référence que si son autorisation a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation ;</p> <p>b) Groupe biologique similaire, le regroupement d'un médicament biologique de référence et de ses médicaments biologiques similaires, tels que définis au a du présent 15°. Ils sont regroupés au sein de la liste de référence des groupes biologiques similaires établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;</p> <p>16° Médicament à base de plantes, tout médicament dont les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes ou une association de plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes ;</p> <p>17° Médicament de thérapie innovante préparé ponctuellement, tout médicament tel que défini dans le règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004, fabriqué en France selon des normes de qualité spécifiques et utilisé dans un hôpital en France, sous la responsabilité d'un médecin, pour exécuter une prescription médicale déterminée pour un produit spécialement conçu à l'intention d'un malade déterminé. Ces médicaments font l'objet d'une autorisation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Cette autorisation peut être assortie de conditions particulières ou de restrictions d'utilisation.</p>	<p>l'avance et dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients. Elles font l'objet d'une autorisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour une indication thérapeutique donnée. Cette autorisation peut être assortie de conditions particulières ou de restrictions d'utilisation. Elle peut être modifiée, suspendue ou retirée ;</p> <p>13° Préparation de thérapie cellulaire xénogénique, tout médicament autre que les spécialités pharmaceutiques et les médicaments fabriqués industriellement mentionnés à l'article L. 5121-8, consistant en des cellules d'origine animale et leurs dérivés utilisés à des fins thérapeutiques, y compris les cellules servant à transférer du matériel génétique, quel que soit leur niveau de transformation. Ces préparations sont préparées à l'avance et dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients. Elles font l'objet d'une autorisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour une indication thérapeutique donnée. Cette autorisation peut être assortie de conditions particulières ou de restrictions d'utilisation. Elle peut être modifiée, suspendue ou retirée. L'Agence de la biomédecine est informée des décisions relatives à ces préparations prises en application du présent alinéa ;</p> <p>14° Médicament biologique, tout médicament dont la substance active est produite à partir d'une source biologique ou en est extraite et dont la caractérisation et la détermination de la qualité nécessitent une combinaison d'essais physiques, chimiques et biologiques ainsi que la connaissance de son procédé de fabrication et de son contrôle ;</p> <p>15° a) Sans préjudice des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, médicament biologique similaire, tout médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence mais qui ne remplit pas les conditions prévues au a du 5° du présent article pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication et nécessitant que soient produites des données précliniques et cliniques supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire ;</p> <p>Un médicament biologique ne peut être qualifié de médicament biologique de référence que si son autorisation a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation ;</p> <p>b) Groupe biologique similaire, le regroupement d'un médicament biologique de référence et de ses médicaments biologiques similaires, tels que définis au a du présent 15°. Ils sont regroupés au sein de la liste de référence des groupes biologiques similaires établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;</p> <p>16° Médicament à base de plantes, tout médicament dont les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes ou une association de plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes ;</p> <p>17° Médicament de thérapie innovante préparé ponctuellement, tout médicament tel que défini dans le règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004, fabriqué en France selon des normes de qualité spécifiques et utilisé dans un hôpital en France, sous la responsabilité d'un médecin, pour exécuter une prescription médicale</p>
---	--

<p>Par dérogation, ces médicaments peuvent également être fabriqués, importés ou exportés dans le cadre de recherches définies à l'article L. 1121-1 du présent code. L'autorisation peut être modifiée, suspendue ou retirée. L'Agence de la biomédecine est informée des décisions prises en application du présent 17° ;</p> <p>18° Médicament dérivé du sang, tout médicament préparé industriellement à partir du sang ou de ses composants. Ils sont soumis au présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables. Ils comprennent notamment :</p> <p>a) Les médicaments issus du fractionnement du plasma ;</p> <p>b) Le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel, dont l'autorisation de mise sur le marché respecte l'article L. 5121-11 du présent code et dont la collecte et la qualification biologique respectent les exigences prévues par la directive 2002/98/CE du Parlement européen et du Conseil, du 27 janvier 2003, établissant des normes de qualité et de sécurité pour la collecte, le contrôle, la transformation, la conservation et la distribution du sang humain, et des composants sanguins, et modifiant la directive 2001/83/CE.</p>	<p>déterminée pour un produit spécialement conçu à l'intention d'un malade déterminé. Ces médicaments font l'objet d'une autorisation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Cette autorisation peut être assortie de conditions particulières ou de restrictions d'utilisation. Par dérogation, ces médicaments peuvent également être fabriqués, importés ou exportés dans le cadre de recherches définies à l'article L. 1121-1 du présent code. L'autorisation peut être modifiée, suspendue ou retirée. L'Agence de la biomédecine est informée des décisions prises en application du présent 17° ;</p> <p>18° Médicament dérivé du sang, tout médicament préparé industriellement à partir du sang ou de ses composants. Ils sont soumis au présent titre, sous réserve des dispositions spécifiques qui leur sont applicables. Ils comprennent notamment :</p> <p>a) Les médicaments issus du fractionnement du plasma ;</p> <p>b) Le plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel, dont l'autorisation de mise sur le marché respecte l'article L. 5121-11 du présent code et dont la collecte et la qualification biologique respectent les exigences prévues par la directive 2002/98/CE du Parlement européen et du Conseil, du 27 janvier 2003, établissant des normes de qualité et de sécurité pour la collecte, le contrôle, la transformation, la conservation et la distribution du sang humain, et des composants sanguins, et modifiant la directive 2001/83/CE.</p>
Article L. 5121-12 actuel	Article L. 5121-12 modifié
<p>I. — Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié, lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée et que l'une des conditions suivantes est remplie :</p> <p>1° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché qui a été déposée ou que l'entreprise intéressée s'engage à déposer dans un délai déterminé, dont la valeur maximale est fixée par décret ;</p> <p>2° Ces médicaments, le cas échéant importés, sont prescrits, sous la responsabilité d'un médecin, à un patient nommément désigné et ne pouvant participer à une recherche impliquant la personne humaine dès lors qu'ils sont susceptibles de présenter une efficacité cliniquement pertinente et un effet important pour lui, que des conséquences graves pour ce patient sont fortement probables en l'état des thérapeutiques disponibles et que leur efficacité et leur sécurité sont fortement présumées en l'état des connaissances scientifiques. Le médecin prescripteur doit justifier que le patient, son représentant légal ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6 a reçu une information adaptée à sa situation sur l'absence d'alternative thérapeutique, les risques courus, les contraintes et le bénéfice susceptible d'être</p>	<p>I. — L'accès précoce défini au présent article régit Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves, ou rare ou invalidantes, lorsque les conditions suivantes sont réunies :</p> <p>1° Il n'existe pas en l'absence de traitement approprié ; lorsque</p> <p>2° La mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ; et que l'une des conditions suivantes est remplie :</p> <p>3° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché qui a été déposée ou que l'entreprise intéressée s'engage à déposer dans un délai déterminé, dont la valeur maximale est fixée par décret ;</p> <p>4° Ces médicaments sont présumés innovants, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent.</p> <p>2° Ces médicaments, le cas échéant importés, sont prescrits, sous la responsabilité d'un médecin, à un patient nommément désigné et ne pouvant participer à une recherche impliquant la personne humaine dès lors qu'ils sont susceptibles de présenter une efficacité cliniquement pertinente et un effet important pour lui, que des conséquences graves pour ce patient sont fortement probables en l'état des thérapeutiques disponibles et que leur efficacité et leur sécurité sont fortement présumées en l'état des connaissances scientifiques. Le médecin prescripteur doit justifier que le patient, son représentant légal ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6 a reçu une information adaptée à sa situation sur l'absence d'alternative thérapeutique, les risques courus, les contraintes et le bénéfice susceptible d'être apporté par le médicament. La</p>

<p>apporté par le médicament. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.</p> <p>II. — L'utilisation des médicaments mentionnés au I est autorisée, pour une durée limitée, éventuellement renouvelable par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, à la demande du titulaire des droits d'exploitation du médicament dans le cas prévu au 1° du I ou à la demande du médecin prescripteur dans le cas prévu au 2° du même I.</p> <p>III. — A. - Une demande au titre du 2° du I n'est recevable que si l'une des conditions suivantes est remplie :</p> <p>1° Le médicament a fait l'objet d'une demande au titre du 1° du même I, sans qu'une décision relative à cette demande n'ait été prise ;</p> <p>2° Le médicament a fait l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ou d'une demande d'autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments, sans qu'une décision relative à cette demande n'ait été prise ;</p> <p>3° Des essais cliniques sont conduits en France ;</p> <p>4° Le titulaire des droits d'exploitation s'engage à déposer, dans un délai déterminé par l'agence, une des demandes mentionnées aux 1° et 2° du présent A. La valeur maximale de ce délai est fixée par décret ;</p> <p>5° L'état clinique du patient du fait de son urgence vitale nécessite le traitement immédiat par ce médicament. Ce cas ne s'applique que pour les traitements des maladies aiguës sans alternative thérapeutique prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p>En cas de rejet de l'une de ces demandes, l'autorisation mentionnée au 2° du I accordée sur son fondement est retirée pour les indications thérapeutiques sollicitées dans la demande.</p> <p>B.-Une demande d'autorisation au titre du 2° du I n'est en outre recevable que si les conditions suivantes sont</p>	<p>II. – L'accès précoce s'applique :</p> <p>1° Soit, par dérogation aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1, à un médicament qui ne dispose pas d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans un délai déterminé par la Haute Autorité de santé sans pouvoir excéder une limite fixée par décret, une demande de délivrance d'une telle autorisation ;</p> <p>2° Soit à un médicament qui dispose, le cas échéant après application du 1°, d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée sans être inscrit pour cette indication sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, une demande d'inscription sur une de ces listes.</p> <p>III. — L'utilisation des médicaments mentionnés au I du médicament au titre de l'accès précoce est autorisée, pour chaque indication considérée par la Haute Autorité de santé, sur demande de l'entreprise intéressée, pour une durée limitée ne pouvant excéder une limite fixée par décret, éventuellement renouvelable par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, à la demande du titulaire des droits d'exploitation du médicament dans le cas prévu au 1° du I ou à la demande du médecin prescripteur dans le cas prévu au 2° du même I.</p> <p>Lorsqu'elle porte sur un médicament mentionné au 1° du II, la décision d'autorisation est prise après avis conforme de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, attestant de la forte présomption d'efficacité et de sécurité du médicament dans chaque indication considérée.</p> <p>III. — A. — Une demande au titre du 2° du I n'est recevable que si l'une des conditions suivantes est remplie :</p> <p>1° Le médicament a fait l'objet d'une demande au titre du 1° du même I, sans qu'une décision relative à cette demande n'ait été prise ;</p> <p>2° Le médicament a fait l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ou d'une demande d'autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments, sans qu'une décision relative à cette demande n'ait été prise ;</p> <p>3° Des essais cliniques sont conduits en France ;</p> <p>4° Le titulaire des droits d'exploitation s'engage à déposer, dans un délai déterminé par l'agence, une des demandes mentionnées aux 1° et 2° du présent A. La valeur maximale de ce délai est fixée par décret ;</p> <p>5° L'état clinique du patient du fait de son urgence vitale nécessite le traitement immédiat par ce médicament. Ce cas ne s'applique que pour les traitements des maladies aiguës sans alternative thérapeutique prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p>En cas de rejet de l'une de ces demandes, l'autorisation mentionnée au 2° du I accordée sur son fondement est retirée pour les indications thérapeutiques sollicitées dans la demande.</p> <p>B. — Une demande d'autorisation au titre du 2° du I n'est en outre recevable que si les conditions suivantes sont remplies :</p>
--	---

<p>remplies :</p> <p>1° Le nombre total d'autorisations délivrées au titre du même 2° pour le médicament ne dépasse pas, le cas échéant, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une première autorisation de mise sur le marché, indépendamment de l'indication pour laquelle la demande est effectuée ;</p> <p>3° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une autorisation au titre du 1° du I.</p> <p>Au delà du seuil mentionné au 1° du présent B, le titulaire des droits d'exploitation conserve la possibilité de déposer une demande au titre du 1° du I.</p> <p>IV. — Par dérogation aux dispositions du A du III et sans préjudice du B du même III, une autorisation demandée au titre du 2° du I peut être accordée lorsque le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt et qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée.</p> <p>V. — Sauf si elle est accordée conformément au IV, l'autorisation est subordonnée à la conclusion, entre l'agence et le titulaire des droits d'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations concernant l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé.</p> <p>Ce recueil d'informations concerne notamment les personnes appartenant à des populations non ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché.</p> <p>Pour les médicaments autorisés au titre du même IV, les prescripteurs transmettent à l'agence, à l'expiration de l'autorisation et, le cas échéant, à l'occasion de chaque renouvellement, des données de suivi des patients traités. La nature de ces données est précisée par l'autorisation.</p> <p>Ces autorisations peuvent également être subordonnées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à la mise en place d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations.</p>	<p>1° Le nombre total d'autorisations délivrées au titre du même 2° pour le médicament ne dépasse pas, le cas échéant, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une première autorisation de mise sur le marché, indépendamment de l'indication pour laquelle la demande est effectuée ;</p> <p>3° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une autorisation au titre du 1° du I.</p> <p>Au delà du seuil mentionné au 1° du présent B, le titulaire des droits d'exploitation conserve la possibilité de déposer une demande au titre du 1° du I.</p> <p>IV. — Par dérogation aux dispositions du A du III et sans préjudice du B du même III, une autorisation demandée au titre du 2° du I peut être accordée lorsque le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt et qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée.</p> <p>IV. — Sauf si elle est accordée conformément au IV, l'autorisation d'accès précoce est subordonnée au respect, par l'entreprise qui assure l'exploitation à la conclusion, entre l'agence et le titulaire des droits d'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations concernant des données, défini par la Haute Autorité de santé et annexé à la décision d'autorisation. Le protocole est élaboré en lien avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé lorsque l'autorisation est délivrée au titre du 1° du II.</p> <p>Les données à recueillir portent sur l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Ce recueil d'informations Elles concerne concernent notamment les personnes appartenant à des populations non ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché.</p> <p>L'entreprise qui assure l'exploitation du médicament assure à sa charge le recueil de données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical.</p> <p>Pour les médicaments autorisés au titre du même IV, les prescripteurs transmettent à l'agence, à l'expiration de l'autorisation et, le cas échéant, à l'occasion de chaque renouvellement, des données de suivi des patients traités. La nature de ces données est précisée par l'autorisation.</p> <p>Ces autorisations peuvent également être subordonnées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à la mise en place d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations.</p> <p>V.- Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 1° du II, le prescripteur informe le patient, son représentant légal s'il s'agit d'un mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou la personne de confiance que</p>
---	---

<p>VI. — L'autorisation mentionnée au II peut être suspendue ou retirée si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique.</p>	<p>le patient a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription de la spécialité pharmaceutique ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché mais d'une autorisation d'accès précoce au titre du III, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : " Prescription hors autorisation de mise sur le marché au titre d'une autorisation d'accès précoce ".</p> <p>Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 2° du II, le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre d'une autorisation d'accès précoce ".</p> <p>Dans tous les cas, le prescripteur informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite dans l'indication.</p> <p>VI. — L'autorisation mentionnée au II d'accès précoce peut être suspendue ou retirée par la Haute Autorité de santé :</p> <p>1° si Si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique ;</p> <p>2° Lorsque l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament ne respecte pas l'engagement de déposer une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement souscrit, le cas échéant, en application du 1° ou du 2° du II ou lorsqu'elle retire sa demande ;</p> <p>3° Sur demande de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé, pour des motifs de santé publique, en cas de méconnaissance du protocole défini au III en ce qui concerne les règles d'utilisation thérapeutique, ou en cas de détérioration de la présomption d'efficacité ou de sécurité du médicament, résultant notamment des nouvelles données de suivi ou cliniques disponibles, d'un avis défavorable émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments ou d'un refus d'autorisation de mise sur le marché du médicament dans l'indication considérée.</p> <p>En cas d'urgence, l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé peut, pour l'un des motifs mentionnés à l'alinéa précédent, suspendre temporairement l'autorisation d'accès précoce dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
<p>Article L. 5121-12-1 actuel</p>	<p>Article L. 5121-12-1 modifié</p>
<p>I.-Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence de spécialité de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées, sous réserve qu'une recommandation temporaire d'utilisation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé sécurise l'utilisation de cette spécialité dans cette indication ou ces conditions d'utilisation. Lorsqu'une telle recommandation temporaire d'utilisation a été établie, la spécialité peut faire l'objet d'une prescription dans l'indication ou les conditions d'utilisations correspondantes dès lors que le prescripteur juge qu'elle répond aux besoins du patient. La circonstance qu'il existe par ailleurs une spécialité ayant fait l'objet, dans cette même indication, d'une autorisation de mise sur le marché, dès lors qu'elle ne</p>	<p>I.-Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence de spécialité de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées, sous réserve qu'une recommandation temporaire d'utilisation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé sécurise l'utilisation de cette spécialité dans cette indication ou ces conditions d'utilisation. Lorsqu'une telle recommandation temporaire d'utilisation a été établie, la spécialité peut faire l'objet d'une prescription dans l'indication ou les conditions d'utilisations correspondantes dès lors que le prescripteur juge qu'elle répond aux besoins du patient. La circonstance qu'il existe par ailleurs une spécialité ayant fait l'objet, dans cette même indication, d'une autorisation de mise sur le marché, dès lors qu'elle ne répondrait pas moins aux besoins du patient, ne fait pas obstacle à une telle prescription.</p>

répondrait pas moins aux besoins du patient, ne fait pas obstacle à une telle prescription.

En l'absence de recommandation temporaire d'utilisation dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées, une spécialité pharmaceutique ne peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.

II.-Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies pour une durée maximale de trois ans, renouvelable. Elles sont mises à la disposition des prescripteurs par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou par l'entreprise qui assure l'exploitation de la spécialité concernée.

III. [information du prescripteur : déplacé ci-dessous pour plus de lisibilité]

~~En l'absence de recommandation temporaire d'utilisation dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées, une spécialité pharmaceutique ne peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.~~

~~II.-Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies pour une durée maximale de trois ans, renouvelable. Elles sont mises à la disposition des prescripteurs par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou par l'entreprise qui assure l'exploitation de la spécialité concernée.~~

I. - Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation exceptionnelle, au titre de l'accès compassionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° Le médicament ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales dans l'indication considérée ;

2° Il n'existe dans l'indication concernée aucun traitement approprié ;

3° L'efficacité et la sécurité du médicament sont présumées au regard des données cliniques disponibles ainsi que, lorsque l'indication concerne une maladie rare, des travaux et des données collectées par les professionnels de santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

Cette utilisation exceptionnelle s'effectue en application soit d'une autorisation définie au II, soit d'un cadre de prescription compassionnelle défini au III.

II. - A la demande d'un médecin prescripteur, en vue du traitement d'une maladie grave, rare ou invalidante, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut autoriser, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée maximale d'un an renouvelable, l'utilisation pour un patient nommément désigné d'un médicament qui ne dispose pas, quelle que soit l'indication thérapeutique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par la Commission européenne, ou d'un médicament qui a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation et dont l'autorisation de mise sur le marché ne porte pas sur l'indication thérapeutique sollicitée.

Par dérogation au 1° du I, un médicament faisant l'objet, à un stade très précoce, d'une recherche impliquant la personne humaine dans l'indication considérée peut faire l'objet d'une autorisation au titre du présent II lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée et que le patient ne peut participer à cette recherche, sous réserve que l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament s'engage à déposer, dans un délai de trois mois à compter de l'octroi de la première autorisation délivrée par l'agence dans cette indication, une demande d'accès précoce définie à l'article L. 5121-12 dans cette indication.

Les spécialités autorisées en application du présent II sont importées, le cas échéant, par les pharmacies à usage intérieur. Elles sont mises à la disposition des prescripteurs par le titulaire des droits d'exploitation de la spécialité concernée.

<p>IV. — Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies après information du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché.</p> <p>Les recommandations temporaires d'utilisation sont élaborées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Concernant les maladies rares, l'agence visée à l'article L. 5311-1 élabore les recommandations temporaires d'utilisation en s'appuyant notamment sur les travaux des professionnels de santé prenant en charge ces pathologies et, le cas échéant, les résultats des essais thérapeutiques et les protocoles nationaux de diagnostics et de soins.</p> <p>Ces recommandations sont assorties d'un protocole de suivi des patients, qui précise les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation de la spécialité par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite. Le protocole peut comporter l'engagement, par le titulaire de l'autorisation, de déposer dans un délai déterminé une demande de modification de cette autorisation. Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication.</p>	<p>III. - De sa propre initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut établir, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée de trois ans renouvelable, un cadre de prescription relatif à un médicament faisant l'objet, pour d'autres indications, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence ou par la Commission européenne, afin de sécuriser une prescription non conforme à cette autorisation.</p> <p>Par dérogation au 2° du I, l'existence, dans l'indication concernée, d'un traitement disposant d'une autorisation de mise sur le marché ne fait pas obstacle à l'établissement d'un cadre de prescription compassionnelle pour un médicament, lorsqu'il ne s'agit pas d'une spécialité de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique. Ce médicament peut faire l'objet d'une prescription conformément au cadre ainsi établi, dès lors que le prescripteur juge qu'il répond, au moins aussi bien que la spécialité ayant fait l'objet de l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, aux besoins du patient.</p> <p>IV. - Avant de délivrer une autorisation ou d'établir un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé informe, le cas échéant, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament en cause.</p> <p>IV. — Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies après information du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché.</p> <p>Les recommandations temporaires d'utilisation sont élaborées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Concernant les maladies rares, l'agence visée à l'article L. 5311-1 élabore les recommandations temporaires d'utilisation en s'appuyant notamment sur les travaux des professionnels de santé prenant en charge ces pathologies et, le cas échéant, les résultats des essais thérapeutiques et les protocoles nationaux de diagnostics et de soins.</p> <p>V. - Les autorisations et les cadres de prescription au titre de l'accès compassionnel Ces recommandations sont assorties d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients, qui précise les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation de la spécialité ainsi que, le cas échéant, les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé ou encadré. Lorsqu'il se rattache à une autorisation délivrée au titre du deuxième alinéa du II ou à un cadre de prescription compassionnelle, ce recueil est financé par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite. Le protocole peut comporter l'engagement, par le titulaire de l'autorisation, de déposer dans un délai déterminé une demande de modification de cette autorisation. Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de la spécialité dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication.</p> <p>V. — Le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale peut saisir l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé d'une</p>
---	---

<p>V. — Le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale peut saisir l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé d'une demande d'élaboration d'une recommandation temporaire d'utilisation.</p> <p>III. — Le prescripteur informe le patient, son représentant légal s'il s'agit d'un mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou la personne de confiance que le patient a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, le cas échéant, de l'existence d'une recommandation temporaire d'utilisation, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament et porte sur l'ordonnance la mention : " Prescription hors autorisation de mise sur le marché " ou, le cas échéant, " Prescription sous recommandation temporaire d'utilisation ".</p> <p>Il informe le patient sur les conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées.</p> <p>Il motive sa prescription dans le dossier médical du patient, sauf lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication</p>	<p>demande d'élaboration d'une recommandation temporaire d'utilisation.</p> <p>Pour les médicaments autorisés ou faisant l'objet d'un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, les prescripteurs assurent, le cas échéant, le recueil et la transmission des données de suivi des patients traités requises par l'Agence suivant les modalités qu'elle fixe pour chacun des médicaments concernés. Ces modalités assurent le respect du secret médical.</p> <p>VI. — Le prescripteur informe le patient, son représentant légal s'il est mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché, mais de l'accès compassionnel au titre du II ou du III, le cas échéant, de l'existence d'une recommandation temporaire d'utilisation, de l'absence d'alternative thérapeutique, des risques encourus, et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament et. Il porte sur l'ordonnance la mention : " Prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une hors autorisation de mise sur le marché " ou, le cas échéant, " Prescription sous recommandation temporaire d'utilisation ".</p> <p>Il informe également le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite dans l'indication considérée.</p> <p>Il motive sa prescription dans le dossier médical du patient, sauf lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de la spécialité dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.</p> <p>VII. - L'autorisation ou le cadre de prescription compassionnelle peuvent être suspendus ou retirés par l'Agence nationale de sécurité du médicament si les conditions définies au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique.</p>
	Article L. 5121-12-2 nouveau
	<p>En l'absence d'autorisation ou de cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 dans l'indication considérée, une spécialité pharmaceutique ne peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation d'accès précoce et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des connaissances médicales avérées, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.</p> <p>Dans ce cas, les dispositions du VI de l'article L. 5121-12-1 sont applicables et la mention portée sur</p>

	l'ordonnance est : “ Prescription hors autorisation de mise sur le marché ”.
Article L. 5121-14-3 actuel	Article L. 5121-14-3 modifié
<p>L'entreprise qui exploite une spécialité pharmaceutique contribue au bon usage de cette dernière en veillant notamment à ce que la spécialité soit prescrite dans le respect de son autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 et, le cas échéant, des recommandations temporaires d'utilisation mentionnées à l'article L. 5121-12-1, de son autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12, de son enregistrement mentionné aux articles L. 5121-13 ou L. 5121-14-1, de son autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 ou de son autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17.</p> <p>Elle prend toutes les mesures d'information qu'elle juge appropriées à l'attention des professionnels de santé relevant de la quatrième partie du présent code lorsqu'elle constate des prescriptions non conformes au bon usage de cette spécialité tel que défini au premier alinéa et en avise sans délai l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.</p>	<p>L'entreprise qui exploite une spécialité pharmaceutique contribue au bon usage de cette dernière en veillant notamment à ce que la spécialité soit prescrite dans le respect de son autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 et, le cas échéant, des recommandations temporaires d'utilisation mentionnées à l'article L. 5121-12-1, de son ses autorisations ou cadres de prescription compassionnelle temporaire d'utilisation mentionnés aux à articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1, de son enregistrement mentionné aux articles L. 5121-13 ou L. 5121-14-1, de son autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 ou de son autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5121-17.</p> <p>Elle prend toutes les mesures d'information qu'elle juge appropriées à l'attention des professionnels de santé relevant de la quatrième partie du présent code lorsqu'elle constate des prescriptions non conformes au bon usage de cette spécialité tel que défini au premier alinéa et en avise sans délai l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.</p>
Article L. 5121-18 actuel	Article L. 5121-18 modifié
<p>Les redevables de la contribution prévue au I de l'article L. 245-6 et de la contribution prévue à l'article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale adressent à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code et au comité économique des produits de santé, au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les médicaments, produits de santé, dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic in vitro donnant lieu au paiement de chacune de ces taxes ou contributions, ainsi qu'à leur régime de prise en charge ou de remboursement. Les déclarations sont établies conformément aux modèles fixés par décision du directeur général de l'agence mentionnée au même article L. 5311-1.</p> <p>Les ventes des médicaments exclus de l'assiette de la contribution prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale en application du III du même article doivent également faire l'objet de la déclaration prévue au premier alinéa du présent article par la personne qui assure en France l'exploitation, au sens de l'article L. 5124-1 du présent code, de ces médicaments.</p> <p>Toute personne qui assure en France l'exploitation, au sens du même article L. 5124-1, et la vente en France d'un médicament ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée au 1° du I de l'article L. 5121-12 est également tenue d'adresser à l'agence et au comité la déclaration des ventes réalisées pour ce médicament prévue au premier alinéa du présent article.</p>	<p>Les redevables de la contribution prévue au I de l'article L. 245-6 et de la contribution prévue à l'article L. 245-5-5-1 du code de la sécurité sociale adressent à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code et au comité économique des produits de santé, au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les médicaments, produits de santé, dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic in vitro donnant lieu au paiement de chacune de ces taxes ou contributions, ainsi qu'à leur régime de prise en charge ou de remboursement. Les déclarations sont établies conformément aux modèles fixés par décision du directeur général de l'agence mentionnée au même article L. 5311-1.</p> <p>Les ventes des médicaments exclus de l'assiette de la contribution prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale en application du III du même article doivent également faire l'objet de la déclaration prévue au premier alinéa du présent article par la personne qui assure en France l'exploitation, au sens de l'article L. 5124-1 du présent code, de ces médicaments.</p> <p>Toute personne qui assure en France l'exploitation, au sens du même article L. 5124-1, et la vente en France d'un médicament ayant fait l'objet d'une autorisation d'accès précoce temporaire d'utilisation mentionnée à au 1° du I de l'article L. 5121-12 est également tenue d'adresser à l'agence et au comité la déclaration des ventes réalisées pour ce médicament prévue au premier alinéa du présent article.</p>
Article L. 5121-20 actuel	Article L. 5121-20 modifié
<p>Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :</p> <p>1° Les critères scientifiques justifiant, le cas échéant, l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1, la procédure d'inscription au répertoire des groupes génériques mentionné à l'article L. 5121-10, ainsi que les modalités de l'inscription dans un groupe générique</p>	<p>Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :</p> <p>1° Les critères scientifiques justifiant, le cas échéant, l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1, la procédure d'inscription au répertoire des groupes génériques mentionné à l'article L. 5121-10, ainsi que les modalités de l'inscription dans un groupe générique existant d'une spécialité remplissant la condition pour être</p>

existant d'une spécialité remplissant la condition pour être spécialité de référence et de la création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence ;

2° Les conditions dans lesquelles des autorisations de mise sur le marché peuvent être considérées comme faisant partie d'une autorisation de mise sur le marché globale ;

3° Les règles relatives à l'étiquetage, le conditionnement, la notice et la dénomination des médicaments et produits mentionnés au présent chapitre ;

4° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions dans lesquelles le demandeur peut être dispensé de produire certains éléments du dossier et celles dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations ainsi que, après la délivrance de l'autorisation, les modalités de son actualisation ;

5° Les justifications, y compris celles relatives à l'étiquetage des médicaments ou produits, qui doivent être fournies à l'appui des demandes d'autorisation de mise sur le marché et qui comprennent obligatoirement la vérification de l'existence des propriétés définies à l'article L. 5121-9 des experts possédant les qualifications techniques et professionnelles fixées par le même décret ;

6° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments homéopathiques prévu à l'article L. 5121-13, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces enregistrements ;

7° Les conditions d'autorisation de mise sur le marché lorsque le demandeur peut démontrer qu'il n'est pas en mesure de fournir des renseignements complets sur l'efficacité et l'innocuité du médicament selon les dispositions de l'article L. 5121-9 ;

8° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de cette autorisation ;

9° Les règles applicables à l'expérimentation des médicaments en vue de leur autorisation de mise sur le marché ainsi qu'aux essais organisés après la délivrance de cette autorisation ;

10° Les restrictions qui peuvent être apportées dans l'intérêt de la santé publique à la prescription et à la délivrance de certains médicaments ;

11° Les règles applicables en cas de changement du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou du titulaire de l'enregistrement de médicament homéopathique ou du titulaire de l'enregistrement de médicament traditionnel à base de plantes ;

12° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments traditionnels à base de plantes prévu à l'article L. 5121-14-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent l'enregistrement et les décisions, refusant, modifiant, renouvelant, suspendant ou retirant celui-ci ;

13° Les règles applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments et sur les produits mentionnés à l'article L. 5121-1, notamment les

spécialité de référence et de la création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence ;

2° Les conditions dans lesquelles des autorisations de mise sur le marché peuvent être considérées comme faisant partie d'une autorisation de mise sur le marché globale ;

3° Les règles relatives à l'étiquetage, le conditionnement, la notice et la dénomination des médicaments et produits mentionnés au présent chapitre ;

4° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions dans lesquelles le demandeur peut être dispensé de produire certains éléments du dossier et celles dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations ainsi que, après la délivrance de l'autorisation, les modalités de son actualisation ;

5° Les justifications, y compris celles relatives à l'étiquetage des médicaments ou produits, qui doivent être fournies à l'appui des demandes d'autorisation de mise sur le marché et qui comprennent obligatoirement la vérification de l'existence des propriétés définies à l'article L. 5121-9 des experts possédant les qualifications techniques et professionnelles fixées par le même décret ;

6° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments homéopathiques prévu à l'article L. 5121-13, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces enregistrements ;

7° Les conditions d'autorisation de mise sur le marché lorsque le demandeur peut démontrer qu'il n'est pas en mesure de fournir des renseignements complets sur l'efficacité et l'innocuité du médicament selon les dispositions de l'article L. 5121-9 ;

8° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir ~~l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de cette autorisation~~ **les autorisations prévues aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de ces autorisations, ainsi que les modalités d'établissement, de modification, de suspension et de retrait des cadres de prescription compassionnelle prévus à l'article L. 5121-12-1 ;**

9° Les règles applicables à l'expérimentation des médicaments en vue de leur autorisation de mise sur le marché ainsi qu'aux essais organisés après la délivrance de cette autorisation ;

10° Les restrictions qui peuvent être apportées dans l'intérêt de la santé publique à la prescription et à la délivrance de certains médicaments ;

11° Les règles applicables en cas de changement du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou du titulaire de l'enregistrement de médicament homéopathique ou du titulaire de l'enregistrement de médicament traditionnel à base de plantes ;

12° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments traditionnels à base de plantes prévu à l'article L. 5121-14-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent

<p>obligations de signalement incombant aux membres des professions de santé et aux entreprises exploitant un médicament ou un produit soumis au présent titre, ainsi que les modalités de signalement d'effets indésirables effectué directement par les patients ou communiqué par les associations agréées de patients ;</p> <p>14° Les règles particulières applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments dérivés du sang et les autres médicaments d'origine humaine ;</p> <p>15° Les modalités de prescription et les conditions d'identification des médicaments pour lesquels il peut être recouru à l'ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à l'article L. 5121-12-1-1 ;</p> <p>16° Les règles particulières applicables aux essais pharmacologiques, toxicologiques et cliniques des médicaments homéopathiques faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, en prenant en compte la spécificité du médicament homéopathique et un usage généralement lié à la tradition ;</p> <p>17° Les conditions dans lesquelles l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations mentionnées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 relatives aux préparations de thérapie génique et aux préparations de thérapie cellulaire xénogénique ;</p> <p>18° Les conditions dans lesquelles l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations relatives aux médicaments de thérapie innovante mentionnées au 17° de l'article L. 5121-1 ;</p> <p>19° La procédure d'inscription à la liste de référence des groupes biologiques similaires mentionnée au b du 15° de l'article L. 5121-1 et à l'article L. 5121-10-2 ainsi que le contenu de cette liste, précisant notamment le nom des médicaments biologiques concernés, leur dosage, leur posologie et leur indication thérapeutique.</p>	<p>l'enregistrement et les décisions, refusant, modifiant, renouvelant, suspendant ou retirant celui-ci ;</p> <p>13° Les règles applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments et sur les produits mentionnés à l'article L. 5121-1, notamment les obligations de signalement incombant aux membres des professions de santé et aux entreprises exploitant un médicament ou un produit soumis au présent titre, ainsi que les modalités de signalement d'effets indésirables effectué directement par les patients ou communiqué par les associations agréées de patients ;</p> <p>14° Les règles particulières applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments dérivés du sang et les autres médicaments d'origine humaine ;</p> <p>15° Les modalités de prescription et les conditions d'identification des médicaments pour lesquels il peut être recouru à l'ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à l'article L. 5121-12-1-1 ;</p> <p>16° Les règles particulières applicables aux essais pharmacologiques, toxicologiques et cliniques des médicaments homéopathiques faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, en prenant en compte la spécificité du médicament homéopathique et un usage généralement lié à la tradition ;</p> <p>17° Les conditions dans lesquelles l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations mentionnées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 relatives aux préparations de thérapie génique et aux préparations de thérapie cellulaire xénogénique ;</p> <p>18° Les conditions dans lesquelles l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations relatives aux médicaments de thérapie innovante mentionnées au 17° de l'article L. 5121-1 ;</p> <p>19° La procédure d'inscription à la liste de référence des groupes biologiques similaires mentionnée au b du 15° de l'article L. 5121-1 et à l'article L. 5121-10-2 ainsi que le contenu de cette liste, précisant notamment le nom des médicaments biologiques concernés, leur dosage, leur posologie et leur indication thérapeutique.</p>
<p>Article L. 5123-2 actuel</p>	<p>Article L. 5123-2 modifié</p>
<p>L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques des médicaments définis aux articles L. 5121-8, L. 5121-9-1, L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ou bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 sont limités, dans les conditions propres à ces médicaments fixées par le décret mentionné à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, aux produits agréés dont la liste est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments.</p> <p>Les médicaments faisant l'objet des autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 peuvent être achetés, fournis, pris en charge et utilisés par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au premier alinéa du présent article.</p> <p>L'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou</p>	<p>L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques des médicaments définis aux articles L. 5121-8, L. 5121-9-1, L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ou bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 sont limités, dans les conditions propres à ces médicaments fixées par le décret mentionné à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, aux produits agréés dont la liste est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments.</p> <p>Les médicaments faisant l'objet des autorisations ou cadres de prescription compassionnelle dans une indication considérée mentionnés mentionnés aux à #articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ainsi que ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 dans le cadre d'une rupture de stock, d'un risque de rupture ou d'un arrêt de commercialisation, peuvent être achetés, fournis, pris en charge et utilisés par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au premier alinéa du présent article.</p> <p>L'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa peut, au vu des exigences de qualité et de</p>

l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.	sécurité des soins mettant en œuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.
Article L. 5124-13 actuel	Article L. 5124-13 modifié
<p>L'importation sur le territoire douanier des médicaments à usage humain et l'importation et l'exportation des préparations de thérapie génique ou des préparations de thérapie cellulaire xénogénique mentionnées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 sont soumises à une autorisation préalable délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.</p> <p>L'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8 et à l'article L. 5121-9-1, les enregistrements prévus aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1, l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 ou l'autorisation prévue au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 valent autorisation au sens de l'alinéa précédent. L'autorisation prévue à l'article L. 1123-8 vaut autorisation d'importation pour tout médicament nécessaire à la réalisation de la recherche impliquant la personne humaine autorisée.</p> <p>Une telle autorisation n'est pas requise pour le particulier qui transporte personnellement un médicament ainsi que pour le médecin d'une équipe sportive, ou pour le professionnel de santé militaire accompagnant des ressortissants étrangers dans les conditions prévues à l'article L. 4061-6, qui transporte personnellement un médicament ou qui procède à l'importation d'un médicament par une autre voie.</p> <p>Lorsqu'un particulier procède à l'importation d'un médicament par une autre voie que le transport personnel, il n'est pas non plus soumis à l'obligation d'une autorisation préalable si le médicament satisfait à l'une des conditions suivantes :</p> <p>1° Il fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché au sens de l'article 6 de la directive 2001/83/ CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ou d'un enregistrement au sens des articles 14 et 16 bis de la même directive dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;</p> <p>2° Il est autorisé dans le pays tiers de provenance et le particulier présente au service des douanes une copie de l'ordonnance attestant que le médicament est destiné à un traitement prescrit par un médecin établi dans le pays de provenance.</p>	<p>L'importation sur le territoire douanier des médicaments à usage humain et l'importation et l'exportation des préparations de thérapie génique ou des préparations de thérapie cellulaire xénogénique mentionnées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 sont soumises à une autorisation préalable délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.</p> <p>L'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8 et à l'article L. 5121-9-1, les enregistrements prévus aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1, l-les autorisations ou cadres de prescription compassionnelle temporaire d'utilisation prévues à aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ou l'autorisation prévue au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 valent autorisation au sens de l'alinéa précédent. L'autorisation prévue à l'article L. 1123-8 vaut autorisation d'importation pour tout médicament nécessaire à la réalisation de la recherche impliquant la personne humaine autorisée.</p> <p>Une telle autorisation n'est pas requise pour le particulier qui transporte personnellement un médicament ainsi que pour le médecin d'une équipe sportive, ou pour le professionnel de santé militaire accompagnant des ressortissants étrangers dans les conditions prévues à l'article L. 4061-6, qui transporte personnellement un médicament ou qui procède à l'importation d'un médicament par une autre voie.</p> <p>Lorsqu'un particulier procède à l'importation d'un médicament par une autre voie que le transport personnel, il n'est pas non plus soumis à l'obligation d'une autorisation préalable si le médicament satisfait à l'une des conditions suivantes :</p> <p>1° Il fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché au sens de l'article 6 de la directive 2001/83/ CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ou d'un enregistrement au sens des articles 14 et 16 bis de la même directive dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;</p> <p>2° Il est autorisé dans le pays tiers de provenance et le particulier présente au service des douanes une copie de l'ordonnance attestant que le médicament est destiné à un traitement prescrit par un médecin établi dans le pays de provenance.</p>
Article L. 5126-6 actuel	Article L. 5126-6 modifié
<p>Par dérogation aux dispositions du I de l'article L. 5126-1 :</p> <p>1° Dans l'intérêt de la santé publique, le ministre chargé de la santé arrête la liste des médicaments que certains établissements de santé ou groupements de coopération sanitaire, disposant d'une pharmacie à usage intérieur, sont autorisés à vendre au public, au détail et dans le respect des conditions prévues aux articles L. 5123-2 à L. 5123-4. Ces médicaments peuvent faire l'objet d'une délivrance à domicile.</p>	<p>Par dérogation aux dispositions du I de l'article L. 5126-1 :</p> <p>1° Dans l'intérêt de la santé publique, le ministre chargé de la santé arrête la liste des médicaments que certains établissements de santé ou groupements de coopération sanitaire, disposant d'une pharmacie à usage intérieur, sont autorisés à vendre au public, au détail et dans le respect des conditions prévues aux articles L. 5123-2 à L. 5123-4. Ces médicaments peuvent faire l'objet d'une délivrance à domicile.</p> <p>Les médicaments qui ne sont pas classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont réputés</p>

<p>Les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont arrêtées conjointement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>2° Les pharmacies à usage intérieur sont autorisées à délivrer au public, au détail, les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales mentionnés à l'article L. 5137-1 ;</p> <p>3° Les pharmacies à usage intérieur peuvent délivrer à des professionnels de santé libéraux participant à un réseau de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 6321-1, des préparations magistrales, des préparations hospitalières ainsi que des spécialités pharmaceutiques reconstituées ;</p> <p>4° Les établissements pharmaceutiques des établissements de santé peuvent, à titre exceptionnel et sous réserve que l'autorisation délivrée en application de l'article L. 5124-9 le précise, confier sous leur responsabilité la réalisation de préparations hospitalières à un établissement pharmaceutique autorisé pour la fabrication de médicaments. Cette sous-traitance fait l'objet d'un rapport annuel transmis par le pharmacien responsable de l'établissement pharmaceutique des établissements de santé concernés au ministre chargé de la santé et au directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.</p> <p>Ces établissements peuvent également délivrer à des professionnels de santé libéraux participant à un réseau de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 6321-1 des préparations hospitalières et des spécialités pharmaceutiques reconstituées ;</p> <p>5° Les préparations hospitalières et les spécialités pharmaceutiques reconstituées peuvent être fabriquées par la Pharmacie centrale des armées et délivrées par les établissements de ravitaillement sanitaire des armées ;</p> <p>6° Les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires et les personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et de séjour des étrangers et du droit d'asile bénéficient des services de pharmacies à usage intérieur des établissements de santé qui assurent les soins aux détenus en application de l'article L. 6111-1-2 du présent code.</p>	<p>inscrits sur cette liste. Cette disposition s'applique sans préjudice de l'existence d'un autre circuit de délivrance pour les médicaments faisant l'objet d'un cadre de prescription compassionnelle.</p> <p>Les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont arrêtées conjointement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>2° Les pharmacies à usage intérieur sont autorisées à délivrer au public, au détail, les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales mentionnés à l'article L. 5137-1 ;</p> <p>3° Les pharmacies à usage intérieur peuvent délivrer à des professionnels de santé libéraux participant à un réseau de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 6321-1, des préparations magistrales, des préparations hospitalières ainsi que des spécialités pharmaceutiques reconstituées ;</p> <p>4° Les établissements pharmaceutiques des établissements de santé peuvent, à titre exceptionnel et sous réserve que l'autorisation délivrée en application de l'article L. 5124-9 le précise, confier sous leur responsabilité la réalisation de préparations hospitalières à un établissement pharmaceutique autorisé pour la fabrication de médicaments. Cette sous-traitance fait l'objet d'un rapport annuel transmis par le pharmacien responsable de l'établissement pharmaceutique des établissements de santé concernés au ministre chargé de la santé et au directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.</p> <p>Ces établissements peuvent également délivrer à des professionnels de santé libéraux participant à un réseau de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 6321-1 des préparations hospitalières et des spécialités pharmaceutiques reconstituées ;</p> <p>5° Les préparations hospitalières et les spécialités pharmaceutiques reconstituées peuvent être fabriquées par la Pharmacie centrale des armées et délivrées par les établissements de ravitaillement sanitaire des armées ;</p> <p>6° Les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires et les personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et de séjour des étrangers et du droit d'asile bénéficient des services de pharmacies à usage intérieur des établissements de santé qui assurent les soins aux détenus en application de l'article L. 6111-1-2 du présent code.</p>
<p align="center">Article L. 5421-8 actuel</p>	<p align="center">Article L. 5421-8 modifié</p>
<p>Constitue un manquement soumis à une sanction financière ;</p> <p>1° Le fait pour toute personne exploitant un médicament ou produit mentionnés à l'article L. 5121-1 ou pour tout titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 4211-6 de méconnaître l'obligation de mise en œuvre d'un système de pharmacovigilance, de gestion du dossier permanent du système de pharmacovigilance et de réalisation d'audits périodiques ;</p> <p>2° Le fait pour toute personne exploitant un médicament ou produit mentionnés à l'article L. 5121-1 ou pour tout titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 4211-6 ayant eu connaissance d'un effet indésirable suspecté de s'abstenir de le signaler aux autorités ou aux</p>	<p>Constitue un manquement soumis à une sanction financière ;</p> <p>1° Le fait pour toute personne exploitant un médicament ou produit mentionnés à l'article L. 5121-1 ou pour tout titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 4211-6 de méconnaître l'obligation de mise en œuvre d'un système de pharmacovigilance, de gestion du dossier permanent du système de pharmacovigilance et de réalisation d'audits périodiques ;</p> <p>2° Le fait pour toute personne exploitant un médicament ou produit mentionnés à l'article L. 5121-1 ou pour tout titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 4211-6 ayant eu connaissance d'un effet indésirable suspecté de s'abstenir de le signaler aux autorités ou aux organismes compétents</p>

<p>organismes compétents selon les modalités définies par voie réglementaire ;</p> <p>3° Le fait pour toute personne exploitant un médicament ou produit mentionnés à l'article L. 5121-1 ou pour tout titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 4211-6 de méconnaître, en matière de pharmacovigilance, l'obligation de transmission du rapport périodique actualisé de sécurité ou de maintien en continu de la présence d'une personne responsable ;</p> <p>4° Le fait pour le demandeur d'une autorisation de mise sur le marché de ne pas transmettre dans les délais requis le résultat des études mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5121-8 ;</p> <p>5° Le fait pour le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de ne pas transmettre dans les délais requis le résultat des études mentionnées à l'article L. 5121-8-1. Lorsque ce manquement est également susceptible de faire l'objet d'une pénalité financière au titre du 4° bis de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, les pénalités peuvent se cumuler dans la limite du montant le plus élevé de l'une des sanctions encourues ;</p> <p>6° Le fait de ne pas respecter les règles de bonnes pratiques définies dans le cadre des décisions ou arrêtés pris en application de l'article L. 5121-5, à l'exclusion des bonnes pratiques de dispensation par voie électronique ;</p> <p>7° Le fait pour toute personne de ne pas transmettre à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les délais impartis les informations mentionnées au V de l'article L. 5121-12 ;</p> <p>8° Le fait pour une entreprise de ne pas respecter les obligations prévues au second alinéa de l'article L. 5121-14-3 lorsqu'aucune convention entre le Comité économique des produits de santé et l'entreprise n'a été conclue en application de l'article L. 162-17-4-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>9° Le fait pour le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de ne pas respecter l'obligation d'information motivée de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé prévue à l'article L. 5121-9-4 ;</p> <p>10° Le fait pour toute personne assurant la fabrication, l'exploitation, l'importation, l'exportation ou la distribution en gros de médicaments dérivés du sang, de ne pas enregistrer les données permettant d'en assurer le suivi en application du 14° de l'article L. 5121-20 ;</p> <p>11° Le fait pour une entreprise de ne pas communiquer une interdiction ou une restriction imposée par les autorités compétentes de tout pays dans lequel le médicament ou produit de santé est mis sur le marché ainsi que toute information nouvelle de nature à influencer l'évaluation des bénéfices et des risques du médicament ou du produit concerné en application de l'article L. 5121-9-2 ou de ne pas transmettre dans les délais requis les données demandées par l'agence en application de l'article L. 5121-9-3 ;</p> <p>12° Le fait de méconnaître les obligations relatives à l'étiquetage, la notice et la dénomination des médicaments et produits.</p>	<p>selon les modalités définies par voie réglementaire ;</p> <p>3° Le fait pour toute personne exploitant un médicament ou produit mentionnés à l'article L. 5121-1 ou pour tout titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 4211-6 de méconnaître, en matière de pharmacovigilance, l'obligation de transmission du rapport périodique actualisé de sécurité ou de maintien en continu de la présence d'une personne responsable ;</p> <p>4° Le fait pour le demandeur d'une autorisation de mise sur le marché de ne pas transmettre dans les délais requis le résultat des études mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5121-8 ;</p> <p>5° Le fait pour le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de ne pas transmettre dans les délais requis le résultat des études mentionnées à l'article L. 5121-8-1. Lorsque ce manquement est également susceptible de faire l'objet d'une pénalité financière au titre du 4° bis de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, les pénalités peuvent se cumuler dans la limite du montant le plus élevé de l'une des sanctions encourues ;</p> <p>6° Le fait de ne pas respecter les règles de bonnes pratiques définies dans le cadre des décisions ou arrêtés pris en application de l'article L. 5121-5, à l'exclusion des bonnes pratiques de dispensation par voie électronique ;</p> <p>7° Le fait pour toute personne entreprise qui assure l'exploitation du médicament ou tout prescripteur de ne pas recueillir ou transmettre à la Haute Autorité de santé ou, le cas échéant, à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, dans les délais impartis, les données et les informations mentionnées au V IV de l'article L. 5121-12 et au V de l'article L. 5121-12-1 ;</p> <p>8° Le fait pour une entreprise de ne pas respecter les obligations prévues au second alinéa de l'article L. 5121-14-3 lorsqu'aucune convention entre le Comité économique des produits de santé et l'entreprise n'a été conclue en application de l'article L. 162-17-4-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>9° Le fait pour le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de ne pas respecter l'obligation d'information motivée de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé prévue à l'article L. 5121-9-4 ;</p> <p>10° Le fait pour toute personne assurant la fabrication, l'exploitation, l'importation, l'exportation ou la distribution en gros de médicaments dérivés du sang, de ne pas enregistrer les données permettant d'en assurer le suivi en application du 14° de l'article L. 5121-20 ;</p> <p>11° Le fait pour une entreprise de ne pas communiquer une interdiction ou une restriction imposée par les autorités compétentes de tout pays dans lequel le médicament ou produit de santé est mis sur le marché ainsi que toute information nouvelle de nature à influencer l'évaluation des bénéfices et des risques du médicament ou du produit concerné en application de l'article L. 5121-9-2 ou de ne pas transmettre dans les délais requis les données demandées par l'agence en application de l'article L. 5121-9-3 ;</p> <p>12° Le fait de méconnaître les obligations relatives à l'étiquetage, la notice et la dénomination des médicaments et produits.</p>
Article L. 5422-3 actuel	Article L. 5422-3 modifié

<p>Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public ou des professionnels de santé pour un médicament bénéficiant de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 est punie d'un an d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende.</p>	<p>Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public ou des professionnels de santé pour un médicament bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnées à aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 est punie d'un an d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende.</p>
<p>Article L. 5422-18</p>	<p>Article L. 5422-18 modifié</p>
<p>Constitue un manquement soumis à sanction financière :</p> <p>1° Toute publicité portant sur un médicament qui n'a pas obtenu l'autorisation mentionnée aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ou l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 ou l'un des enregistrements mentionnés aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ;</p> <p>2° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public qui n'a pas obtenu le visa mentionné à l'article L. 5122-8 ou qui est effectuée malgré la suspension ou le retrait de celui-ci ;</p> <p>3° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès des professionnels de santé qui n'a pas obtenu le visa mentionné à l'article L. 5122-9 ou qui est effectuée malgré la suspension ou le retrait de celui-ci ;</p> <p>4° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament soumis à prescription médicale ;</p> <p>5° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sauf dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 5122-6 ;</p> <p>6° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament dont l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement comporte des restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique ;</p> <p>7° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public ou des professionnels de santé pour un médicament bénéficiant de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 ;</p> <p>8° Toute publicité pour des générateurs, trousse ou précurseurs en méconnaissance des dispositions de l'article L. 5122-13 ;</p> <p>9° Toute campagne publicitaire non institutionnelle pour des vaccins effectuée en méconnaissance des obligations prévues à l'article L. 5122-6.</p>	<p>Constitue un manquement soumis à sanction financière :</p> <p>1° Toute publicité portant sur un médicament qui n'a pas obtenu l'autorisation mentionnée aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ou l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 ou l'un des enregistrements mentionnés aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ;</p> <p>2° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public qui n'a pas obtenu le visa mentionné à l'article L. 5122-8 ou qui est effectuée malgré la suspension ou le retrait de celui-ci ;</p> <p>3° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès des professionnels de santé qui n'a pas obtenu le visa mentionné à l'article L. 5122-9 ou qui est effectuée malgré la suspension ou le retrait de celui-ci ;</p> <p>4° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament soumis à prescription médicale ;</p> <p>5° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sauf dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 5122-6 ;</p> <p>6° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament dont l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement comporte des restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique ;</p> <p>7° Toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public ou des professionnels de santé pour un médicament bénéficiant de d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ;</p> <p>8° Toute publicité pour des générateurs, trousse ou précurseurs en méconnaissance des dispositions de l'article L. 5122-13 ;</p> <p>9° Toute campagne publicitaire non institutionnelle pour des vaccins effectuée en méconnaissance des obligations prévues à l'article L. 5122-6.</p>
<p>Article L. 5432-1 actuel</p>	<p>Article L. 5432-1 modifié</p>
<p>I. - Est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 € d'amende le fait dans le cadre d'une activité réglementée de ne pas respecter les dispositions prises en application de l'article L. 5132-8 :</p> <p>1° Fixant les conditions de production, de transport, d'importation, d'exportation, de détention, d'offre, de cession, de prescription, de délivrance, d'acquisition, et d'emploi de médicaments, plantes, substances ou</p>	<p>I. - Est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 € d'amende le fait dans le cadre d'une activité réglementée de ne pas respecter les dispositions prises en application de l'article L. 5132-8 :</p> <p>1° Fixant les conditions de production, de transport, d'importation, d'exportation, de détention, d'offre, de cession, de prescription, de délivrance, d'acquisition, et d'emploi de médicaments, plantes, substances ou</p>

<p>préparations classées comme vénéneuses ;</p> <p>2° Prohibant les opérations relatives à ces plantes ou substances ;</p> <p>3° Interdisant la prescription ou l'incorporation dans des préparations, de certaines plantes ou substances vénéneuses ou de spécialités qui en contiennent, ou fixant les conditions particulières de prescription ou de délivrance de ces préparations.</p> <p>Dans tous les cas prévus au présent article, les tribunaux peuvent ordonner la confiscation des plantes ou substances saisies.</p> <p>II. - Les peines mentionnées au I sont portées à sept ans d'emprisonnement et 750 000 € d'amende, lorsque :</p> <p>1° Les faits ont été commis en bande organisée ;</p> <p>2° Lorsque les faits d'offre, de cession ou d'acquisition ont été commis sur un réseau de télécommunication à destination d'un public non déterminé ;</p> <p>3° Les faits ont été commis en vue de faciliter, par quelque moyen que ce soit, notamment à l'aide d'ordonnances ou de délivrances de complaisance, le mésusage ou l'abus tels que définis par voie réglementaire, de médicaments, de plantes, de substances ou préparations classées comme vénéneuses. Ces dispositions ne sont pas applicables en cas de prescription d'une spécialité pharmaceutique non conforme à son autorisation de mise sur le marché lorsque que les conditions prévues par l'article L. 5121-12-1 sont respectées.</p>	<p>préparations classées comme vénéneuses ;</p> <p>2° Prohibant les opérations relatives à ces plantes ou substances ;</p> <p>3° Interdisant la prescription ou l'incorporation dans des préparations, de certaines plantes ou substances vénéneuses ou de spécialités qui en contiennent, ou fixant les conditions particulières de prescription ou de délivrance de ces préparations.</p> <p>Dans tous les cas prévus au présent article, les tribunaux peuvent ordonner la confiscation des plantes ou substances saisies.</p> <p>II. - Les peines mentionnées au I sont portées à sept ans d'emprisonnement et 750 000 € d'amende, lorsque :</p> <p>1° Les faits ont été commis en bande organisée ;</p> <p>2° Lorsque les faits d'offre, de cession ou d'acquisition ont été commis sur un réseau de télécommunication à destination d'un public non déterminé ;</p> <p>3° Les faits ont été commis en vue de faciliter, par quelque moyen que ce soit, notamment à l'aide d'ordonnances ou de délivrances de complaisance, le mésusage ou l'abus tels que définis par voie réglementaire, de médicaments, de plantes, de substances ou préparations classées comme vénéneuses. Ces dispositions ne sont pas applicables en cas de prescription d'une spécialité pharmaceutique non conforme à son autorisation de mise sur le marché lorsque que les conditions prévues par les #articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont respectées.</p>
Article L. 5521-6 actuel	Article L. 5521-6 modifié
<p>Pour son application à Wallis-et-Futuna, l'article L. 5124-13 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>Art. L. 5124-13.-L'importation des médicaments à usage humain et l'importation et l'exportation des préparations de thérapie génique ou des préparations de thérapie cellulaire xénogénique mentionnées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 dans sa rédaction applicable à Wallis-et-Futuna sont soumises à une autorisation préalable délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.</p> <p>L'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, les enregistrements prévus aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1, l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 ou l'autorisation prévue aux 12° et 13° de l'article L. 5121-1 valent autorisation au sens de l'alinéa précédent.</p>	<p>Pour son application à Wallis-et-Futuna, l'article L. 5124-13 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>Art. L. 5124-13.-L'importation des médicaments à usage humain et l'importation et l'exportation des préparations de thérapie génique ou des préparations de thérapie cellulaire xénogénique mentionnées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 dans sa rédaction applicable à Wallis-et-Futuna sont soumises à une autorisation préalable délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.</p> <p>L'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, les enregistrements prévus aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1, # les autorisations ou cadres de prescription compassionnelle temporaire d'utilisation prévues à aux l'articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ou l'autorisation prévue aux 12° et 13° de l'article L. 5121-1 valent autorisation au sens de l'alinéa précédent.</p>
CODE DE LA SECURITE SOCIALE	
Article L. 133-4 actuel	Article L. 133-4 modifié
<p>En cas d'observation des règles de tarification, de distribution ou de facturation :</p> <p>1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-23-1 et L. 165-1-5 ;</p> <p>2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 160-8, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel, du distributeur</p>	<p>En cas d'observation des règles de tarification, de distribution ou de facturation :</p> <p>1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L. 162-16-5-1 L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-23-1 et L. 165-1-5 ;</p> <p>2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 160-8, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel, du distributeur ou</p>

<p>ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé, à un distributeur ou à un établissement.</p> <p>Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés ou lorsque ces actes sont effectués ou ces prestations et produits délivrés alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale dans les conditions prévues au III de l'article L. 641-9 du code de commerce.</p> <p>Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort.</p> <p>Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.</p> <p>Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir.</p> <p>En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification.</p> <p>Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.</p>	<p>de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé, à un distributeur ou à un établissement.</p> <p>Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés ou lorsque ces actes sont effectués ou ces prestations et produits délivrés alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale dans les conditions prévues au III de l'article L. 641-9 du code de commerce.</p> <p>Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort.</p> <p>Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.</p> <p>Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir.</p> <p>En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification.</p> <p>Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.</p>
Article L. 138-10 actuel	Article L. 138-10 modifié
<p>I.-Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1, L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2 du code de la santé publique, minoré des remises</p>	<p>I.-Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1, L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-</p>

<p>mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code, est supérieur à un montant M, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>II.-Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :</p> <p>1° Ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;</p> <p>2° Ceux inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;</p> <p>3° Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;</p> <p>4° Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.</p>	<p>1-1, L. 162-16-5-2 L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code, est supérieur à un montant M, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>II.-Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :</p> <p>1° Ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;</p> <p>2° Ceux inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;</p> <p>3° Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévues à l'article aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge correspondante.</p> <p>4° Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.</p>
Article L. 138-11 actuel	Article L. 138-11 modifié
<p>L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-10 est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au I du même article L. 138-10, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1.</p> <p>Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au premier alinéa du présent article pour les entreprises redevables.</p>	<p>L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-10 est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au I du même article L. 138-10, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1.</p> <p>Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au premier alinéa du présent article pour les entreprises redevables.</p>
Article L. 161-37 actuel	Article L. 161-37 modifié
<p>La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, est chargée de :</p> <p>1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 et des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service attendu de l'acte, de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;</p> <p>1° bis Elaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ;</p>	<p>La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, est chargée de :</p> <p>1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 et des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service attendu de l'acte, de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;</p> <p>1° bis Elaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ;</p>

<p>2° Elaborez les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire. Elle élabore ou valide également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ;</p> <p>3° Etablir et mettre en œuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;</p> <p>4° Etablir et mettre en œuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique, notamment en évaluant, lors de cette procédure, la mise en œuvre par les établissements de santé des dispositions du 18° de l'article L. 6143-7 du même code ;</p> <p>5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ;</p> <p>6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ;</p> <p>7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale ;</p> <p>8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants ;</p> <p>9° Rendre l'avis mentionné au III de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique ;</p> <p>10° Rendre l'avis mentionné au deuxième alinéa du I du même article L. 4011-3 ;</p> <p>11° Organiser des consultations précoces avec ses services à la demande des entreprises développant des spécialités pharmaceutiques, des produits ou prestations innovants du fait de leur nouveau mécanisme d'action et d'un besoin médical insuffisamment couvert, avant la mise en œuvre des essais cliniques nécessaires à l'évaluation mentionnée au 1° du présent article ;</p> <p>12° Participer à l'élaboration de la politique de vaccination et émettre des recommandations vaccinales, y compris, dans des situations d'urgence, à la demande du ministre chargé de la santé, en fonction des données épidémiologiques, d'études sur les bénéfices et risques de la vaccination et de l'absence de vaccination aux niveaux individuel et collectif et d'études médico-économiques ;</p> <p>13° Etablir la procédure de certification des activités de présentation, d'information ou de promotion en faveur des produits de santé et prestations éventuellement associées. Cette procédure de certification a notamment pour finalité de garantir le respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 ;</p>	<p>2° Elaborez les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire. Elle élabore ou valide également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ;</p> <p>3° Etablir et mettre en œuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;</p> <p>4° Etablir et mettre en œuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique, notamment en évaluant, lors de cette procédure, la mise en œuvre par les établissements de santé des dispositions du 18° de l'article L. 6143-7 du même code ;</p> <p>5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ;</p> <p>6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ;</p> <p>7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale ;</p> <p>8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants ;</p> <p>9° Rendre l'avis mentionné au III de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique ;</p> <p>10° Rendre l'avis mentionné au deuxième alinéa du I du même article L. 4011-3 ;</p> <p>11° Organiser des consultations précoces avec ses services à la demande des entreprises développant des spécialités pharmaceutiques, des produits ou prestations innovants du fait de leur nouveau mécanisme d'action et d'un besoin médical insuffisamment couvert, avant la mise en œuvre des essais cliniques nécessaires à l'évaluation mentionnée au 1° du présent article ;</p> <p>12° Participer à l'élaboration de la politique de vaccination et émettre des recommandations vaccinales, y compris, dans des situations d'urgence, à la demande du ministre chargé de la santé, en fonction des données épidémiologiques, d'études sur les bénéfices et risques de la vaccination et de l'absence de vaccination aux niveaux individuel et collectif et d'études médico-économiques ;</p> <p>13° Etablir la procédure de certification des activités de présentation, d'information ou de promotion en faveur des produits de santé et prestations éventuellement associées. Cette procédure de certification a notamment pour finalité de garantir le respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 ;</p> <p>14° Rendre l'avis mentionné au III de l'article L. 162-31-1 ;</p>
---	--

14° Rendre l'avis mentionné au III de l'article L. 162-31-1 ;

15° Mettre en œuvre les missions qui lui sont dévolues par l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

La Haute Autorité de santé peut participer à des activités de coopération internationale se rapportant à ses missions. Dans ce cadre, elle peut notamment fournir des prestations de conseil et d'expertise par le biais de conventions et percevoir des recettes.

Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Agence nationale de santé publique et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé.

Sans préjudice de l'application de la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique disposent également d'un droit d'alerte auprès de la Haute Autorité de santé. A ce titre, elles peuvent la saisir de tout fait ayant des incidences importantes sur la santé, nécessitant que la Haute Autorité fasse usage de ses compétences définies au présent chapitre.

La Haute Autorité de santé rend publiques les suites qu'elle apporte aux saisines des associations ainsi que les modalités selon lesquelles elle les a instruites. Elle peut entendre publiquement l'association auteur de la saisine ainsi que toute personne intéressée.

La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion des informations relatives au secret des stratégies commerciales, des réunions de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique siégeant auprès d'elle et consultée sur l'inscription des médicaments inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, ainsi que son règlement intérieur.

Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des domaines d'action prioritaires et des objectifs de la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique.

Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces, ainsi que d'évaluer l'impact sur les dépenses d'assurance maladie.

La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet qui rend compte de la réalisation du programme de travail et des travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que des actions d'information mises en œuvre en application du 2° du présent article.

Pour les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, L. 165-1 et L. 161-

15° Mettre en œuvre les missions qui lui sont dévolues par l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

17° Prendre les décisions relatives aux autorisations d'accès précoce des médicaments mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;

La Haute Autorité de santé peut participer à des activités de coopération internationale se rapportant à ses missions. Dans ce cadre, elle peut notamment fournir des prestations de conseil et d'expertise par le biais de conventions et percevoir des recettes.

Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Agence nationale de santé publique et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé.

Sans préjudice de l'application de la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique disposent également d'un droit d'alerte auprès de la Haute Autorité de santé. A ce titre, elles peuvent la saisir de tout fait ayant des incidences importantes sur la santé, nécessitant que la Haute Autorité fasse usage de ses compétences définies au présent chapitre.

La Haute Autorité de santé rend publiques les suites qu'elle apporte aux saisines des associations ainsi que les modalités selon lesquelles elle les a instruites. Elle peut entendre publiquement l'association auteur de la saisine ainsi que toute personne intéressée.

La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion des informations relatives au secret des stratégies commerciales, des réunions de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique siégeant auprès d'elle et consultée sur l'inscription des médicaments inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, ainsi que son règlement intérieur.

Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des domaines d'action prioritaires et des objectifs de la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique.

Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces, ainsi que d'évaluer l'impact sur les dépenses d'assurance maladie.

La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet qui rend compte de la réalisation du programme de travail et des travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que des actions d'information mises en œuvre en application du 2° du présent article.

Pour les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, L. 165-1 et L. 161-37 du présent code, sont précisées les modalités et les principes selon lesquels sont mis en œuvre les critères d'évaluation des produits de santé en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie.

<p>37 du présent code, sont précisées les modalités et les principes selon lesquels sont mis en œuvre les critères d'évaluation des produits de santé en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p>Pour les autres commissions spécialisées sont précisés dans ce rapport annuel les critères d'évaluation et les mesures d'impact des dispositifs contribuant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à l'information des publics.</p> <p>Le rapport annuel comporte également une analyse prospective du système de santé comportant des propositions d'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience.</p> <p>Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.</p> <p>Pour l'application des 2°, 4°, 5°, 8° et 15°, la Haute Autorité de santé prend en compte les risques de maltraitance.</p>	<p>Pour les autres commissions spécialisées sont précisés dans ce rapport annuel les critères d'évaluation et les mesures d'impact des dispositifs contribuant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à l'information des publics.</p> <p>Le rapport annuel comporte également une analyse prospective du système de santé comportant des propositions d'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience.</p> <p>Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.</p> <p>Pour l'application des 2°, 4°, 5°, 8° et 15°, la Haute Autorité de santé prend en compte les risques de maltraitance.</p>
Article L. 162-16-5 actuel	Article L. 162-16-5 modifié
<p>I.-Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique, faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code ou disposant de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue au 1° l'article L. 5126-6 dudit code, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'inscription de la spécialité sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ou, lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours à compter de cette décision. Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II de ce même article.</p> <p>La marge mentionnée au premier alinéa du I du présent article peut être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité.</p> <p>Sous réserve du respect des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, et notamment de la prise en charge des spécialités concernées à ce titre, tant que le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.</p>	<p>I.-Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique, faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code ou disposant de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue au 1° l'article L. 5126-6 dudit code, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'inscription de la spécialité sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ou, lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours à compter de cette décision. Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II de ce même article.</p> <p>La marge mentionnée au premier alinéa du I du présent article peut être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité.</p> <p>Sous réserve du respect des articles L. 162-16-5-1 L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, et notamment de la prise en charge des spécialités concernées à ce titre, tant que le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.</p>

<p>Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p> <p>II.-Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix de cession prévu au I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I.</p> <p>III.-Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de cession fixé en application du premier alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée.</p> <p>IV.-La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs spécialités biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique.</p> <p>Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application du III du présent article est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié.</p>	<p>Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p> <p>II.-Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix de cession prévu au I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I.</p> <p>III.-Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de cession fixé en application du premier alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée.</p> <p>IV.-La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs spécialités biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique.</p> <p>Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application du III du présent article est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié.</p>
Article L. 162-16-5-1-1 actuel	Devient l'Article L. 162-16-5-1 modifié
<p>I.-Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code ou dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur.</p> <p>Les autorisations temporaires d'utilisation délivrées au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge qu'avant la délivrance d'une première autorisation de mise sur le marché pour le médicament considéré, dans la limite du seuil mentionné au 1° du B du III du même article L. 5121-12, ainsi que dans le cadre de la continuité de traitement mentionné à l'article L. 162-16-5-2 du présent code.</p> <p>En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article ou de l'article L. 162-16-5-2, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché.</p>	<p>I.- Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation d'accès précoce temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge à titre dérogatoire par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, ou dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées, dans les conditions définies au présent article et aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-4.</p> <p>Les autorisations temporaires d'utilisation délivrées au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge qu'avant la délivrance d'une première autorisation de mise sur le marché pour le médicament considéré, dans la limite du seuil mentionné au 1° du B du III du même article L. 5121-12, ainsi que dans le cadre de la continuité de traitement mentionné à l'article L. 162-16-5-2 du présent code.</p> <p>En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article ou de l'article L. 162-16-5-2, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché</p> <p>II. - A. - Pour chaque indication considérée, la prise en charge mentionnée au I du présent article prend fin 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,</p>

<p>II.-Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation, sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié.</p> <p>B. - Pour chaque indication considérée, il est également mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge :</p> <p>1° En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;</p> <p>2° En cas de refus d'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au A ;</p> <p>3° En cas de retrait de la demande d'autorisation de mise sur marché ou de la demande d'inscription à ce titre, sur l'une des listes mentionnées au A.</p> <p>III. - Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription du médicament en cause, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>IV. - En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché.</p> <p>#-V.- Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation d'accès précoce temporaire d'utilisation, sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>
<p align="center">Article L. 162-16-5-1 actuel</p>	<p align="center">Devient l'article L. 162-16-5-1-1 modifié</p>
<p>I.- Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 du présent code ou L. 5123-2 du code de la santé publique pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations.</p> <p>Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, au titre de l'année civile précédente.</p>	<p>I.- Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation 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 prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 L. 162-16-5-1-1 du présent code, ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet 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 des articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 du présent code ou L. 5123-2 du code de la santé publique pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations.</p> <p>Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, pour chacune des</p>

II.-Si, au 31 mars de chaque année, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie et des données issues du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, il apparaît que, pour un médicament dont au moins une des indications est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le montant moyen pris en charge par patient à ce titre pour l'année civile précédente excède 10 000 euros, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant de 10 000 euros multiplié par le nombre de patients traités. Le nombre de patients traités, et en conséquence le montant moyen pris en charge par patient, sont déterminés au prorata de la durée de traitement moyenne sur l'année civile considérée.

Par dérogation au premier alinéa du présent II, les médicaments dont le chiffre d'affaires hors taxes au titre de l'année civile mentionnée au premier alinéa du présent II, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées au premier alinéa du présent II. Lorsque toutes les indications prises en charge d'un médicament, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, relèvent des dispositions du V du présent article, pour la partie de l'année civile sur laquelle cette condition est satisfaite, le chiffre d'affaires mentionné à la première phrase du présent alinéa pris en compte pour l'application du premier alinéa du présent II s'entend uniquement du chiffre d'affaires réalisé au titre des indications prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. Le chiffre d'affaires réalisé au titre de ces indications, pour la période de temps concernée, est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total pour le médicament par la part d'utilisation de ce médicament dans les indications considérées.

indications concernées, au titre de l'année civile précédente.

~~II.- Si, au 31 mars de chaque année, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie et des données issues du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, il apparaît que, pour un médicament dont au moins une des indications est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le montant moyen pris en charge par patient à ce titre pour l'année civile précédente excède 10 000 euros, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant de 10 000 euros multiplié par le nombre de patients traités. Le nombre de patients traités, et en conséquence le montant moyen pris en charge par patient, sont déterminés au prorata de la durée de traitement moyenne sur l'année civile considérée.~~

~~Par dérogation au premier alinéa du présent II, les médicaments dont le chiffre d'affaires hors taxes au titre de l'année civile mentionnée au premier alinéa du présent II, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées au premier alinéa du présent II. Lorsque toutes les indications prises en charge d'un médicament, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, relèvent des dispositions du V du présent article, pour la partie de l'année civile sur laquelle cette condition est satisfaite, le chiffre d'affaires mentionné à la première phrase du présent alinéa pris en compte pour l'application du premier alinéa du présent II s'entend uniquement du chiffre d'affaires réalisé au titre des indications prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. Le chiffre d'affaires réalisé au titre de ces indications, pour la période de temps concernée, est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total pour le médicament par la part d'utilisation de ce médicament dans les indications considérées.~~

A. Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1, 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.

Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaire, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Pour l'application des deux alinéas précédents, le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.

B. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles les taux de remise mentionnés au A sont majorés :

1° En l'absence de dépôt d'une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement dans le délai fixé, le cas échéant, en application du 1° ou du 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;

	<p>2° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif ou le prix dans un délai de 180 jours suivant la demande d'inscription sur une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 et, le cas échéant, à l'issue de nouveaux délais ;</p> <p>3° En cas d'inscription au remboursement d'une autre spécialité identifiée par la Haute Autorité de santé comme répondant au besoin thérapeutique dans l'indication considérée ;</p> <p>4° Lorsque l'indication considérée fait l'objet, lors de la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 3°, d'une évaluation de la Haute Autorité de santé remettant en cause la présomption d'innovation de la spécialité considérée.</p> <p>La ou les majorations fixées en application du présent B sont reconductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'Etat mentionné au premier alinéa détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.</p> <p><i>Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent V, notamment les conditions de prise en charge des spécialités concernées.</i></p> <p>III. –A.- Lorsqu'un médicament ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre de l'article L. 162-16-5-1 est inscrit au remboursement 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.</p> <p>Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :</p> <p>1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, et prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et, le cas échéant, au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;</p> <p>2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II et le cas échéant, de la remise prévue au III de l'article L.162-16-5-2, au titre de l'indication considérée et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;</p> <p>Si le montant mentionné au 1° est inférieur à celui mentionné au 2°, le laboratoire verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants. Dans le cas contraire, il est restitué au laboratoire la différence entre ces deux montants, dans la limite de la remise versée au titre du II pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge au titre du L. 162-16-5-1.</p> <p><i>Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux</i></p>
--	---

III. - A. - Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

1° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période ;

2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence.

Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1° et 2° du présent A.

B.-1. Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu.

2. Tout laboratoire redevable de remises mentionnées au 1 du présent B peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1er mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement desdites remises a eu lieu. Elle peut prévoir :

a) Soit le versement sur deux années successives au maximum de remises dont le montant total ne peut être inférieur au montant qui aurait été dû en application du 1 ;

b) Soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui aurait été

~~établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.~~

~~Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :~~

~~1° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période ;~~

~~2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence.~~

~~Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1° et 2° du présent A.~~

B.- 1. Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu.

2.- Tout Toutefois, le laboratoire redevable de remises **en application de l'alinéa précédent** peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1er mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement ~~desdites de ces~~ remises a eu lieu. Elle peut prévoir :

a) 1° Soit le versement sur deux années successives au maximum de remises dont le montant total ne peut être inférieur au montant qui aurait été dû en application du **4 premier alinéa du présent B** ;

b) 2° Soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui aurait été dû en application du **4 premier alinéa du présent B**, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.

~~C.- Pour chaque indication considérée, le ministre chargé de la sécurité sociale communique au laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité pharmaceutique prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, et pour laquelle l'indication ne relève pas des dispositions du V du présent article, un montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait prendre en charge cette indication.~~

<p>dû en application du 1, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.</p> <p>C.-Pour chaque indication considérée, le ministre chargé de la sécurité sociale communique au laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité pharmaceutique prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, et pour laquelle l'indication ne relève pas des dispositions du V du présent article, un montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait prendre en charge cette indication.</p> <p>IV.- Pour l'application du III du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, 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 du présent code.</p> <p>Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge :</p> <p>1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;</p> <p>2° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.</p> <p>Dans les deux cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.</p> <p>Le III du présent article et le présent IV sont applicables aux indications ne faisant pas l'objet de la fixation d'une compensation mentionnée au V du présent article.</p> <p>V.-Lorsque qu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour au moins l'une de ses indications, et qu'une prise en charge de cette spécialité est autorisée en application du I de l'article L. 162-16-5-1-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée. La compensation ainsi fixée reste applicable en cas de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2.</p> <p>Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent également une compensation lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet :</p> <p>1° Ou bien d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2 ;</p> <p>2° Ou bien d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou du I de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.</p> <p>Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au présent V, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur</p>	<p>IV.- Pour l'application du III du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, 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 du présent code.</p> <p>Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge</p> <p>1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;</p> <p>2° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.</p> <p>Dans les deux ce cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.</p> <p>Le III du présent article et le présent IV sont applicables aux indications ne faisant pas l'objet de la fixation d'une compensation mentionnée au V du présent article.</p> <p>V.-Lorsque qu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour au moins l'une de ses indications, et qu'une prise en charge de cette spécialité est autorisée en application du I de l'article L. 162-16-5-1-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée. La compensation ainsi fixée reste applicable en cas de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2.</p> <p>Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent également une compensation lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet :</p> <p>1° Ou bien d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2 ;</p> <p>2° Ou bien d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou du I de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.</p> <p>Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au présent V, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur</p>
--	---

de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre la période et pour l'indication considérées, et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent V, notamment les conditions de prise en charge des spécialités concernées.

VI.-Lorsqu'un médicament ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du II ou du V est inscrit au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du médicament au sens de l'article L. 162-18 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II ou du V du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II ou au V du présent article, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du II ou au V, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée.

VII.-La prise en charge accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, octroyée au titre du 1° du I du même article L. 5121-12 ou au titre du 2° du même I, est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus au même article L. 5121-12. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent V, notamment les conditions de prise en charge des spécialités concernées.

VI.-Lorsqu'un médicament ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du II est inscrit au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du médicament au sens de l'article L. 162-18 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II ou du V du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II ou au V du présent article, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du II ou au V, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée.

VII.-La prise en charge accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, octroyée au titre du 1° du I du même article L. 5121-12 ou au titre du 2° du même I, est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus au même article L. 5121-12. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

V. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Article L. 162-16-5-2 actuel	Article L. 162-16-5-2 modifié
<p>I. — Un médicament qui a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et qui a fait l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation temporaire d'utilisation cesse de produire ses effets, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients par les collectivités publiques pour l'indication ayant fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation dès lors que cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour ce médicament.</p> <p>Par dérogation au premier alinéa du présent I, la poursuite de la prise en charge d'un traitement, pour un patient donné, initié dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du I de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, est autorisée,</p>	<p><i>I.- Un médicament qui a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et qui a fait l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation temporaire d'utilisation cesse de produire ses effets, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients par les collectivités publiques pour l'indication ayant fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation dès lors que cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour ce médicament.</i></p> <p><i>Par dérogation au premier alinéa du présent I, la poursuite de la prise en charge d'un traitement, pour un patient donné, initié dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du I de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, est autorisée, sous réserve que l'indication</i></p>

<p>sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique.</p> <p>II.-Les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques n'ayant pas fait l'objet, pour une indication particulière, d'une autorisation temporaire d'utilisation mais disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication peuvent demander leur prise en charge temporaire par l'assurance maladie. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique. Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, par l'assurance maladie dans les conditions définies au présent article.</p> <p>II. - Les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques n'ayant pas fait l'objet, pour une indication particulière, d'une autorisation temporaire d'utilisation mais disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication peuvent demander leur prise en charge temporaire par l'assurance maladie. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>A. - Lorsque la spécialité pharmaceutique est déjà inscrite, au titre d'une autre indication, sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7, la prise en charge s'effectue sur la base du taux de participation de l'assuré mentionné à l'article L. 160-13, du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5, ou du tarif de responsabilité et du prix limite de vente aux établissements mentionnés à l'article L. 162-16-6 en vigueur.</p> <p>B. - Lorsque la spécialité n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au A pour aucune de ses indications, la prise en charge s'effectue :</p> <p>1° Soit sur la base du prix facturé aux établissements de santé. Dans ce cas, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité déclare aux ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code ;</p> <p>2° Soit, le cas échéant, sur une base forfaitaire annuelle par patient définie par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté peut également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4 du présent code, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code.</p> <p>III. - A. - Sauf si l'indication est prise en charge sur une base forfaitaire en application du 2° du B du II, 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 taxe facturé au titre de l'indication et de la période considérées.</p> <p>Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaire, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Pour l'application des deux alinéas précédents, le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part</p>
--	---

<p>III.-A.-Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I et au II du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne :</p> <p>1° Une décision relative à l'inscription ou au refus d'inscription de cette indication, 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 est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;</p> <p>2° L'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ;</p>	<p>d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.</p> <p>B. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles, lorsque l'autorisation relève du deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, les taux de remise mentionnés au premier alinéa sont majorés :</p> <p>1° Si l'entreprise ne dépose pas de demande d'accès précoce dans le délai mentionné à cet alinéa ;</p> <p>2° Ou si le nombre d'autorisations pour le médicament excède des seuils graduels fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;</p> <p>La ou les majorations fixées en application du présent B sont reconductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'Etat mentionné au premier alinéa détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.</p> <p>IV. - Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut assortir la prise en charge définie en application du I de l'obligation, pour le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité :</p> <p>1° De déposer, dans un délai déterminé, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;</p> <p>2° De respecter des conditions particulières de dispensation, déterminées en cohérence avec les obligations prévues par le protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi.</p> <p>En cas de manquement aux conditions fixées par l'arrêté, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. Elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.</p> <p>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 selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. 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.</p> <p>III.-A.-V. - Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I et au II du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne, la prise en charge définie au I cesse lorsque :</p> <p>1° Une autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est délivrée dans l'indication considérée ;</p> <p>2° Une décision relative à l'inscription ou au refus d'inscription de cette indication, 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 est prise et, le cas échéant, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;</p>
---	---

<p>3° Aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'est déposée pour l'indication considérée dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché pour les indications relevant du I du présent article, ou aucune demande d'inscription n'est déposée concomitamment à la demande de prise en charge pour les indications relevant du II, ou, pour les indications relevant des I ou II, le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une de ces listes.</p> <p>B.-Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :</p> <p>1° Une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code ;</p> <p>2° Les conditions et engagements prévus au 1° du I et au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés.</p> <p>Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>C.-Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les différentes conditions de délai relevant du présent III, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités prévues à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>D.-Le présent III est notamment applicable aux spécialités disposant ou ayant disposé d'une autorisation temporaire d'utilisation au titre des 1° ou 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et d'une prise en charge à ce titre.</p> <p>IV.-Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 est applicable aux prises en charge au titre du présent article.</p>	<p>2° L'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ;</p> <p>3° Aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'est déposée pour l'indication considérée dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché pour les indications relevant du I du présent article, ou aucune demande d'inscription n'est déposée concomitamment à la demande de prise en charge pour les indications relevant du II, ou, pour les indications relevant des I ou II, le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une de ces listes.</p> <p>B.-Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :</p> <p>3° Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale décident de mettre fin à cette prise en charge par arrêté :</p> <p>a) En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée au II ou du cadre de prescription compassionnelle mentionné au III de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ;</p> <p>4° b) Ou lorsqu'une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code.;</p> <p>2° Les conditions et engagements prévus au 1° du I et au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés.</p> <p>Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>C.-Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les différentes conditions de délai relevant du présent III, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités prévues à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>D.-Le présent III est notamment applicable aux spécialités disposant ou ayant disposé d'une autorisation temporaire d'utilisation au titre des 1° ou 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et d'une prise en charge à ce titre.</p> <p>IV.-Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 est applicable aux prises en charge au titre du présent article.</p> <p>VI. - Un médicament pris en charge en application du I du présent article peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation d'accès compassionnel ou le cadre de prescription compassionnelle cesse de produire ses effets continuer à être pris en charge pour l'indication en cause :</p> <p>1° Lorsque cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour ce médicament sans être inscrite sur l'une des listes mentionnées au 2° du V. Toutefois, la prise en charge cesse lorsqu'aucune décision d'inscription n'a été prise dans les sept mois suivant l'octroi de</p>
--	---

<p>V.-Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée ou si aucune demande d'inscription sur une de ces listes n'a été déposée dans le mois suivant l'autorisation de mise sur le marché ;</p> <p>2° Pour le traitement d'un patient donné, initié dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée au titre du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du présent article sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du même code.</p> <p>VII. - Lorsqu'une indication thérapeutique est prise en charge en application du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation du médicament au titre de l'indication ou des indications faisant l'objet de l'autorisation de mise sur le marché.</p> <p>VIII.- Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>
Article L. 162-16-5-3 actuel	Article L. 162-16-5-3 modifié
<p>La prescription d'une spécialité faisant l'objet de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 du présent code pour au moins l'une de ses indications doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-1-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret.</p> <p>Le non-respect de ces obligations et de celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code.</p>	<p>La prescription d'une spécialité faisant l'objet d'une l'autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnée mentionnés aux à l'article L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 et de la prise en charge correspondante en application des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code pour au moins l'une de ses indications doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou de ce cadre de prescription compassionnelle au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-1-1 ou de l'article L. 162-16-5-2 est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret.</p> <p>Le non-respect de ces obligations et de celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées aux à l'article L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code.</p>
Article L. 162-16-5-4 actuel	Article L. 162-16-5-4 modifié
<p>I.-La prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, implique l'engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :</p> <p>1° Pendant la durée de la prise en charge au titre des mêmes articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 ;</p> <p>2° Et pendant une durée d'au moins un an à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre desdits articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.</p> <p>Ces dispositions ne s'appliquent pas si la spécialité, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai d'un an est ramené à quarante-cinq jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'article L.</p>	<p>I.- La prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre des de des de l'articles L. 162-16-5-1 L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, implique l'engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :</p> <p>1° Pendant la durée de la prise en charge au titre du même article des mêmes articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 ;</p> <p>2° Et pendant une durée minimale, fixée par décret dans la limite d'un an, d'au moins un an à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre du même article desdits articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.</p> <p>Ces dispositions ne s'appliquent pas si la spécialité, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai d'un an est ramené à quarante-cinq jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'article L.</p>

<p>162-17 du présent code ou au titre de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, les conditions de prise en charge, le cas échéant, fixées par le Comité économique des produits de santé s'appliquent.</p> <p>Lorsque l'inscription est prononcée uniquement sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, le laboratoire permet l'achat de son produit pour les continuités de traitement à un tarif qui n'excède pas, le cas échéant après l'application de remises, le prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-1 du présent code.</p> <p>II.-En cas de manquement aux dispositions du I, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière à l'encontre du laboratoire exploitant selon les modalités prévues aux onzième à avant-dernier alinéas de l'article L. 162-17-4, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. 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 I du présent article, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement.</p>	<p>162-17 du présent code ou au titre de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre des de l'articles L. 162-16-5-1 L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, les mêmes conditions de dispensation et de prise en charge sont maintenues, le cas échéant, fixées par le Comité économique des produits de santé s'appliquent.</p> <p>Lorsque l'inscription est prononcée uniquement sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, si le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période de continuité de traitement, minoré des remises mentionnées au II de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code au titre de cette même période est supérieur à celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au le laboratoire permet l'achat de son produit pour les continuités de traitement à un tarif qui n'excède pas, le cas échéant après l'application de remises, le prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-2 L. 162-16-5-1 du présent code, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre ces deux montants.</p> <p>II.-En cas de manquement aux dispositions du I, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière à l'encontre du laboratoire exploitant selon les modalités prévues aux onzième à avant-dernier alinéas de l'article L. 162-17-4, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. 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 I du présent article, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement.</p>
Article L. 162-17-1-2 actuel	Article L. 162-17-1-2 modifié
<p>La prise en charge des produits de santé et prestations éventuellement associées au titre de l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1 et L. 165-11 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou au titre des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1 ou L. 165-1-5 du présent code peut être subordonnée au recueil et à la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles le produit de santé ou la prestation est prescrit et aux résultats ou effets de ces traitements. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les produits de santé et prestations associées et les informations concernés par ces dispositions.</p> <p>Ces informations sont transmises aux systèmes d'information prévus à l'article L. 161-28-1 du présent code et à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. Elles peuvent être transmises au service du contrôle médical dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le non-respect de ces obligations peut donner lieu à une procédure de recouvrement d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie, selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code.</p>	<p>La prise en charge des produits de santé et prestations éventuellement associées au titre de l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1 et L. 165-11 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou au titre des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1, L. 162-17-2-1 ou L. 165-1-5 du présent code peut être subordonnée au recueil et à la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles le produit de santé ou la prestation est prescrit et aux résultats ou effets de ces traitements. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les produits de santé et prestations associées et les informations concernés par ces dispositions.</p> <p>Ces informations sont transmises aux systèmes d'information prévus à l'article L. 161-28-1 du présent code et à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. Elles peuvent être transmises au service du contrôle médical dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le non-respect de ces obligations peut donner lieu à une procédure de recouvrement d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie, selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code.</p>
Article L. 162-17-2-1 actuel	Article L. 162-17-2-1 modifié
<p>Toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue au I de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, tout</p>	<p>Toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue au I de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, et tout</p>

produit ou toute prestation prescrit en dehors du périmètre de biens et de services remboursables lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge ou d'un remboursement. La spécialité, le produit ou la prestation doit figurer dans un avis ou une recommandation relatifs à une catégorie de malades formulés par la Haute Autorité de santé, après consultation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code. La prise en charge ou le remboursement sont décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et le protocole de suivi mentionné au même article L. 5121-12-1, l'arrêté peut fixer des conditions de prise en charge et comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de déposer, notamment, pour l'indication considérée, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription du produit ou de la prestation sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Il peut également comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de mettre en place un suivi particulier des patients. Cet arrêté peut également fixer les conditions de prise en charge d'une catégorie de spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations présentant des caractéristiques analogues.

Les spécialités, produits ou prestations faisant l'objet de l'arrêté ne peuvent être pris en charge que si leur utilisation est indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation. Ils doivent, le cas échéant, être inscrits explicitement dans le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du présent code. L'arrêté précise le délai au terme duquel le médecin-conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l'opportunité médicale du maintien de la prescription de la spécialité, du produit ou de la prestation.

Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation bénéficie d'au moins une indication remboursable, le Comité économique des produits de santé fixe, en vue de sa prise en charge ou de son remboursement, un nouveau tarif ou un nouveau prix par convention avec l'entreprise ou, à défaut, par décision, selon les règles et critères d'appréciation applicables à l'indication ou aux indications déjà prises en charge. Lorsque la spécialité a fait l'objet d'une préparation, d'une division ou d'un changement de conditionnement ou d'un changement de présentation en vue de sa délivrance au détail, ce nouveau tarif ou ce nouveau prix tient également compte, au moins pour partie, du coût lié à cette opération et de la posologie indiquée dans la recommandation temporaire d'utilisation.

Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation n'est inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, il est pris en charge ou remboursé dans la limite d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Dans ce cas, ces mêmes ministres peuvent également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4 du présent code.

Si l'arrêté de prise en charge comporte une obligation pour le laboratoire ou le fabricant édictée en application

produit ou toute prestation prescrit en dehors du périmètre de biens et de services remboursables lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge ou d'un remboursement. ~~La spécialité, le produit ou la prestation doit figurer dans un avis ou une recommandation relatifs à une catégorie de malades formulés par la Haute Autorité de santé, après consultation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code.~~ La prise en charge ou le remboursement sont décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. ~~En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et le protocole de suivi mentionné au même article L. 5121-12-1, l'arrêté peut fixer des conditions de prise en charge et comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de déposer, notamment, pour l'indication considérée, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription du produit ou de la prestation sur la liste mentionnée à l'article les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.~~ Il peut également comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de mettre en place un suivi particulier des patients. Cet arrêté peut également fixer les conditions de prise en charge d'une catégorie de ~~spécialités pharmaceutiques~~, produits ou prestations présentant des caractéristiques analogues.

Les ~~spécialités~~, produits ou prestations faisant l'objet de l'arrêté ne peuvent être pris en charge que si leur utilisation est indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation. Ils doivent, le cas échéant, être inscrits explicitement dans le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du présent code. L'arrêté précise le délai au terme duquel le médecin-conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l'opportunité médicale du maintien de la prescription ~~de la spécialité~~, du produit ou de la prestation.

Lorsque ~~la spécialité pharmaceutique~~, le produit ou la prestation bénéficie d'au moins une indication remboursable, le Comité économique des produits de santé fixe, en vue de sa prise en charge ou de son remboursement, un nouveau tarif ou un nouveau prix par convention avec l'entreprise ou, à défaut, par décision, selon les règles et critères d'appréciation applicables à l'indication ou aux indications déjà prises en charge. ~~Lorsque la spécialité a fait l'objet d'une préparation, d'une division ou d'un changement de conditionnement ou d'un changement de présentation en vue de sa délivrance au détail, ce nouveau tarif ou ce nouveau prix tient également compte, au moins pour partie, du coût lié à cette opération et de la posologie indiquée dans la recommandation temporaire d'utilisation.~~

Lorsque ~~la spécialité pharmaceutique~~, le produit ou la prestation n'est ~~pas~~ inscrit ~~sur la liste mentionnée à l'article aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique,~~ il est pris en charge ou remboursé dans la limite d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Dans ce cas, ces mêmes ministres peuvent également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article ~~L. 165-2-L. 162-16-4~~ du présent code.

Si l'arrêté de prise en charge comporte une obligation pour ~~le laboratoire ou~~ le fabricant édictée en application du premier alinéa du présent article et que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l'arrêté, cette

<p>du premier alinéa du présent article et que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l'arrêté, cette obligation n'a pas été respectée, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire ou du fabricant. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.</p> <p>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 selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. 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.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, notamment la procédure de prise en charge dérogatoire prévue au premier alinéa ainsi que les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>obligation n'a pas été respectée, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire ou du fabricant. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.</p> <p>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 selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. 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.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, notamment la procédure de prise en charge dérogatoire prévue au premier alinéa ainsi que les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.</p>
Article L. 162-17-4 actuel	Article L. 162-17-4 modifié
<p>En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 et au premier et deuxième alinéas l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :</p> <p>1° (Abrogé)</p> <p>2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-18 et L. 162-16-5-1 ;</p> <p>3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ;</p> <p>4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en œuvre des orientations ministérielles précitées ;</p> <p>4° bis Les conditions et les modalités de mise en œuvre des études pharmaco-épidémiologiques et des études médico-économiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments.</p>	<p>En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 et au premier et deuxième alinéas l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :</p> <p>1° (Abrogé)</p> <p>2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-18 et L. 162-16-5-1 L. 162-16-5-1-1 ;</p> <p>3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ;</p> <p>4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en œuvre des orientations ministérielles précitées ;</p> <p>4° bis Les conditions et les modalités de mise en œuvre des études pharmaco-épidémiologiques et des études médico-économiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments.</p> <p>5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°.</p>

5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°.

L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des entreprises titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament.

Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6. Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18.

Lorsqu'un retrait de visa de publicité a été prononcé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet du retrait de visa de publicité durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait de visa.

Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait de visa de publicité et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.

En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.

La pénalité, prononcée au titre d'un retrait de visa de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37.

Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation

L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des entreprises titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament.

Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6. Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18.

Lorsqu'un retrait de visa de publicité a été prononcé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet du retrait de visa de publicité durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait de visa.

Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait de visa de publicité et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.

En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.

La pénalité, prononcée au titre d'un retrait de visa de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37.

Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat

des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat	
Article L. 162-18 actuel	Article L. 162-18 modifié
<p>I.-Les entreprises qui exploitent, qui assurent l'importation parallèle ou qui assurent la distribution parallèle d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisées en France.</p> <p>Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet.</p> <p>Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités.</p> <p>Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret des affaires.</p> <p>II.-Pour :</p> <p>1° Les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments ;</p> <p>2° Les spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code, ainsi pour les spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires à ces dernières,</p> <p>Le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités, qui assurent leur importation parallèle ou qui assurent leur distribution parallèle. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article.</p> <p>Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité, assurant son importation parallèle ou assurant sa distribution parallèle et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier.</p> <p>III.-Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises.</p>	<p>I.-Les entreprises qui exploitent, qui assurent l'importation parallèle ou qui assurent la distribution parallèle d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisées en France.</p> <p>Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet.</p> <p>Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités.</p> <p>Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret des affaires.</p> <p>II.-Pour :</p> <p>1° Les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments ;</p> <p>2° Les spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code, ainsi pour les spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires à ces dernières,</p> <p>Le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités, qui assurent leur importation parallèle ou qui assurent leur distribution parallèle. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article.</p> <p>Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité, assurant son importation parallèle ou assurant sa distribution parallèle et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier.</p> <p>III.-Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises.</p> <p>IV.-Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une</p>

<p>IV.-Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.</p> <p>Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.</p> <p>Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent IV.</p> <p>A défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.</p>	<p>autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnée mentionnés à l'article L. 5121-12 ou à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante au titre des articles L. 165-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.</p> <p>Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.</p> <p>Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent IV.</p> <p>A défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.</p>
Article L. 162-22-7-3 actuel	Article L. 162-22-7-3 modifié
<p>Les médicaments qui bénéficient de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6, dans les conditions fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.</p>	<p>Les médicaments qui bénéficient de l'un des dispositifs de la prise en charge mentionnés mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6, dans les conditions fixées mentionnés aux articles L. 162-16-5-1 L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2.</p>
Article L. 182-2 actuel	Article L. 182-2 modifié
<p>L'Union nationale des caisses d'assurance maladie a pour rôle, dans le respect des objectifs de la politique de santé et des plans et programmes de santé qui en résultent ainsi que des objectifs fixés par les lois de financement de la sécurité sociale :</p> <p>1° De négocier et signer l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1, les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 ;</p> <p>2° De prendre les décisions en matière d'actes et prestations prévus aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2et d'assurer le secrétariat du Haut Conseil des nomenclatures prévu à l'article L. 162-1-7 ;</p> <p>3° De fixer la participation prévue en application de l'article L. 160-13 ;</p> <p>4° D'assurer les relations des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ;</p> <p>5° De rendre un avis motivé et public sur les projets de loi et de décret relatifs à l'assurance maladie ;</p> <p>6° De rendre un avis sur le montant de la base forfaitaire annuelle mentionnée à l'article L. 162-17-2-1 ;</p> <p>7° D'établir le référentiel mentionné à l'article L. 114-10-3.</p>	<p>L'Union nationale des caisses d'assurance maladie a pour rôle, dans le respect des objectifs de la politique de santé et des plans et programmes de santé qui en résultent ainsi que des objectifs fixés par les lois de financement de la sécurité sociale :</p> <p>1° De négocier et signer l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1, les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 ;</p> <p>2° De prendre les décisions en matière d'actes et prestations prévus aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2et d'assurer le secrétariat du Haut Conseil des nomenclatures prévu à l'article L. 162-1-7 ;</p> <p>3° De fixer la participation prévue en application de l'article L. 160-13 ;</p> <p>4° D'assurer les relations des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ;</p> <p>5° De rendre un avis motivé et public sur les projets de loi et de décret relatifs à l'assurance maladie ;</p> <p>6° De rendre un avis sur le montant de la base forfaitaire annuelle mentionnée à l'article L. 162-17-2-1 ;</p> <p>7° D'établir le référentiel mentionné à l'article L. 114-10-3.</p>

Article L. 315-2 actuel	Article L. 315-2 modifié
<p>I.-Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge.</p> <p>II.-Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. A défaut de réponse du service du contrôle médical dans un délai fixé par décret, l'accord est réputé avoir été donné ; ce délai peut être différent selon la nature de la prestation. Cet accord préalable peut être exigé pour une prestation dans l'un des cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -sa nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical, notamment lorsqu'il existe un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou de mésusage ; -sa justification, du fait de son caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ; -la prestation, à titre unitaire ou compte tenu de son volume global, a, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ou pour l'Etat en ce qui concerne les prestations servies en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ; -le recours à une autre prestation est moins coûteux. <p>Il est précisé lors de la prise en charge des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.</p> <p>Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>Pour des motifs de santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une proposition tendant à l'application de la procédure d'accord préalable à certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1. En l'absence de décision de mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable par ce collège à l'expiration d'un délai fixé par décret, cette décision peut être prise par arrêté des mêmes ministres.</p> <p>Indépendamment des dispositions des deux précédents alinéas, la décision de subordonner le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable du service du contrôle médical peut être prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à l'occasion de l'inscription ou du renouvellement d'inscription d'un produit sur les listes ou sur l'une des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 165-1 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à la suite d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ou à la suite d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 du présent code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>III.-Si, indépendamment des dispositions du présent article relatives à la procédure d'accord préalable, le service du contrôle médical estime qu'une prestation mentionnée aux articles L. 160-8 et L. 321-1 n'est pas</p>	<p>I.-Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge.</p> <p>II.-Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. A défaut de réponse du service du contrôle médical dans un délai fixé par décret, l'accord est réputé avoir été donné ; ce délai peut être différent selon la nature de la prestation. Cet accord préalable peut être exigé pour une prestation dans l'un des cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -sa nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical, notamment lorsqu'il existe un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou de mésusage ; -sa justification, du fait de son caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ; -la prestation, à titre unitaire ou compte tenu de son volume global, a, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ou pour l'Etat en ce qui concerne les prestations servies en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ; -le recours à une autre prestation est moins coûteux. <p>Il est précisé lors de la prise en charge des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.</p> <p>Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>Pour des motifs de santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une proposition tendant à l'application de la procédure d'accord préalable à certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1. En l'absence de décision de mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable par ce collège à l'expiration d'un délai fixé par décret, cette décision peut être prise par arrêté des mêmes ministres.</p> <p>Indépendamment des dispositions des deux précédents alinéas, la décision de subordonner le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable du service du contrôle médical peut être prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à l'occasion de l'inscription ou du renouvellement d'inscription d'un produit sur les listes ou sur l'une des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 165-1 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à la suite d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ou à la suite d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 de l'une des autorisations ou cadres 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 associée au titre des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>

<p>médicalement justifiée, la caisse, après en avoir informé l'assuré ou le bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, en suspend le service. En cas de suspension du service des indemnités mentionnées à l'article L. 321-1, la caisse en informe l'employeur. Lorsque le praticien-conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien-conseil en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1.</p> <p>IV.-Sous réserve des dispositions de l'article L. 324-1, tout assuré ou bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. La caisse suspend le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation.</p>	<p>III.-Si, indépendamment des dispositions du présent article relatives à la procédure d'accord préalable, le service du contrôle médical estime qu'une prestation mentionnée aux articles L. 160-8 et L. 321-1 n'est pas médicalement justifiée, la caisse, après en avoir informé l'assuré ou le bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, en suspend le service. En cas de suspension du service des indemnités mentionnées à l'article L. 321-1, la caisse en informe l'employeur. Lorsque le praticien-conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien-conseil en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1.</p> <p>IV.-Sous réserve des dispositions de l'article L. 324-1, tout assuré ou bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. La caisse suspend le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation.</p>
CODE GENERAL DES IMPOTS	
Article 281 octies	Article 281 octies modifié
<p>La taxe sur la valeur ajoutée est perçue au taux de 2,10 % pour les opérations d'achat, d'importation, d'acquisition intracommunautaire, de vente, de livraison, de commission, de courtage ou de façon portant sur les préparations magistrales, médicaments officinaux, médicaments ou produits pharmaceutiques définis à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, qui remplissent les conditions de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou qui sont agréés dans les conditions prévues par les articles L. 5123-2 et L. 5123-3 du code de la santé publique et sur les produits visés au 1°, 3°, 4° et 5° de l'article L. 1221-8 du code de la santé publique.</p> <p>Le taux de 2,10 % s'applique également aux opérations d'importation, d'acquisition intracommunautaire ou de livraison portant sur les médicaments soumis à autorisation temporaire d'utilisation visés à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique.</p>	<p>La taxe sur la valeur ajoutée est perçue au taux de 2,10 % pour les opérations d'achat, d'importation, d'acquisition intracommunautaire, de vente, de livraison, de commission, de courtage ou de façon portant sur les préparations magistrales, médicaments officinaux, médicaments ou produits pharmaceutiques définis à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, qui remplissent les conditions de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou qui sont agréés dans les conditions prévues par les articles L. 5123-2 et L. 5123-3 du code de la santé publique et sur les produits visés au 1°, 3°, 4° et 5° de l'article L. 1221-8 du code de la santé publique.</p> <p>Le taux de 2,10 % s'applique également aux opérations d'importation, d'acquisition intracommunautaire ou de livraison portant sur les médicaments soumis à une autorisation ou un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles temporaire d'utilisation visés à l'article L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique.</p>

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM) sont des professionnels régis par le Code de la santé publique et le Code de la Sécurité sociale : leur mission principale consiste à fournir des dispositifs médicaux ou aides techniques pour des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap et vivant à leur domicile. La distribution de ces matériels s'accompagne de la délivrance de prestations de nature très variée, allant de la simple livraison à domicile au télésuivi de l'observance du traitement.

Les éléments d'état des lieux et les analyses présentés dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2020 reprennent un certain nombre de constats du rapport établi par l'IGAS en 2013:

- hétérogénéité des activités et des structures : de grands groupes cotés en Bourse côtoient des TPE, souvent familiales, qui représentent la très grande majorité des structures en nombre, mais pèsent peu en volume ;
- faible niveau d'exigences réglementaires pour exercer l'activité de PSDM ;
- contrôles très limités opérés par les pouvoirs publics malgré les dérives avérées liées aux effets des pratiques commerciales dans un contexte de forte concurrence.

Ainsi, l'absence d'encadrement de la profession engendre des dérives tant en matière de qualité de l'exécution des missions des prestataires qu'en matière de gaspillage environnemental et financier

Le secteur de la prestation à domicile est un secteur financièrement attractif pour lequel l'accès reste encore relativement peu réglementé et encadré au regard de la place croissante qu'il occupe dans les dépenses d'assurance maladie. Ce manque d'encadrement entraîne des inégalités territoriales en matière de service rendu au patient et laisse transparaître de grandes disparités de qualité des prestations fournies en fonction des professionnels.

A ce titre, le rapport IGAS de 2020 dresse un état des lieux des missions et du champ d'intervention de la profession des prestataires de service et distributeurs de matériel (PSDM). Il fait état du fait que, depuis des années, l'activité des prestataires s'est développée parfois bien au-delà des missions légales de logistique et de technique et du rôle de distributeur qui leur incombent. Une des raisons expliquant cette extension de leurs missions est la concurrence de plus en plus exacerbée, qui se fait par conséquent parfois au détriment de la qualité de leurs missions. Des dérives telles que le gaspillage en matériel médical, ayant un impact tant environnemental que financier, apparaissent de plus en plus fréquentes.

Ainsi, le rapport charge et produit de l'assurance maladie pour l'année 2020 documente ce sujet sur certains dispositifs : « l'exemple des dépenses liées à la perfusion à domicile montre une dynamique portée moins par une augmentation du nombre de patients que par un glissement des prescriptions vers les modalités les plus coûteuses ». Il décrit également des pratiques concernant les pansements, la nutrition, les sets de matériels, les consommables pour l'insulinothérapie qui induisent des gaspillages et donc des dépenses évitables pour la collectivité.

Un encadrement des règles de la profession est essentiel afin de réduire ces dérives et de garantir un niveau standard de qualité, salubre au bon développement de la prestation à domicile. Le renforcement des obligations semble donc inévitable et doit passer par un renforcement des exigences réglementaires.

Pour rappel, les PSDM sont actuellement soumis à deux obligations pour facturer et délivrer des produits et prestations remboursables prévus à la LPP :

- 1) un enregistrement de l'activité auprès de l'assurance maladie : il s'agit d'une démarche peu contraignante pour les PSDM ; l'assurance maladie vérifie uniquement la complétude du dossier, éventuellement complété par une visite des locaux. Cet enregistrement entraîne l'inscription du prestataire au fichier national des professionnels de santé (FNPS) de l'assurance maladie,
- 2) l'adhésion à la convention nationale qui permet la pratique du tiers-payant, sous réserve d'un engagement à respecter les termes de la convention, tant en ce qui concerne son volet « qualité » que son volet « efficacité ». Cependant, le dispositif de sanction est peu opérant en cas de non-respect des obligations, et les procédures de suspension ou de déconventionnement sont difficiles à mettre en œuvre et parfois contournées par certains prestataires.

Ces obligations n'étant pas suffisantes, il est nécessaire de préciser le cadre dans lequel peuvent et doivent agir les PSDM.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

La mesure vise à introduire un mécanisme de certification qualité des PSDM qui deviendrait une condition d'accès à l'enregistrement et au conventionnement par l'assurance maladie et ainsi mettre en application une des recommandations émises dans le rapport IGAS de janvier 2020.

La mesure subordonne donc le mécanisme de conventionnement avec l'assurance maladie à la certification qualité des PSDM : cette dernière deviendrait une condition nécessaire d'accès à l'enregistrement et à l'adhésion à l'accord national permettant aux PSDM de bénéficier de remboursement par l'assurance maladie.

La restructuration de l'activité des PSDM passe par la mise en place d'une certification externe des PSDM et une harmonisation des pratiques en matière de compétences sur la base d'un référentiel de qualité et d'efficience qui serait établi par la Haute Autorité de santé (HAS). Elle permettrait ainsi de renforcer l'encadrement des pratiques des prestataires, de clairement définir le périmètre des missions et de garantir la qualité et la pertinence des interventions des prestataires au domicile des patients. Par ailleurs, cette mesure devra être accompagnée d'un élargissement des missions de la HAS définies par l'article L.161-37 du code de la sécurité sociale, précisant que la HAS élabore des référentiels de qualité des pratiques des acteurs du système de santé.

Cette certification permettra également de faire évoluer les critères de conventionnement avec l'assurance maladie, l'absence de certification ne pouvant ainsi donner lieu à un conventionnement ou la perte de la certification engendrant un possible déconventionnement.

A ce titre, la mesure vise à faire évoluer le cadre juridique du dispositif conventionnel de tiers payant actuellement en place vers une convention de remboursement. En effet, aujourd'hui, les conventions de l'assurance maladie dans le champ de la LPP ne sont obligatoires que pour la pratique du tiers payant, hors situations de tiers payant légal.

L'assurance maladie sera ainsi en mesure d'assurer un contrôle efficace sur l'activité des prestataires. L'adhésion conventionnelle sera conditionnée, notamment, par une déclaration annuelle des PSDM :

- de leurs champs d'activités,
- de leur volume d'activité,
- de leur territoire d'intervention,
- des qualifications en leur sein.

L'encadrement de la profession permettra ainsi de réguler l'accès au secteur et de dissuader un certain nombre d'acteurs ou installations opportunistes attirés par le côté lucratif de la profession. Cet encadrement aura également une fonction majeure dans la limitation du gaspillage tant environnemental que financier et s'inscrit dans un objectif de lutte contre la fraude.

b) Autres options possibles

Au regard du besoin de garantir la qualité de l'offre, la mise en place d'une certification et de la subordination du conventionnement avec l'Assurance maladie à cette certification pour déclencher les prises en charge s'avère nécessaire. Les dispositions actuelles ne répondent pas à cet objectif.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La mesure sera de nature à modifier la prise en charge des produits et prestation décrits au L.165-1 du code de la sécurité sociale par l'assurance maladie. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du 2° du C, du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Il convient de rappeler que l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure modifie les articles L. 161-37, L. 162-1-14-1 et L. 165-6 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mise en place de la certification des prestataires et le fait de conditionner le déclenchement du remboursement à cette certification pourraient permettre une économie de 30 M€ par an au regard de la contribution des PSDM sur les dépenses annuelles de dispositifs médicaux et prestations délivrés par les distributeurs, qui représentaient 6 milliards d'euros en 2018.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie		0	0	+ 30	+ 30
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

Cette mesure pourra avoir un impact sur les prestataires qui ne rempliraient pas les conditions de certification.

b) Impacts sociaux

Cette mesure aura un impact positif sur les assurés puisque la mesure permettra la restructuration de la profession des PSDM et aura pour conséquence de garantir la pertinence et la qualité des interventions des prestataires au domicile du patient.

• Impact sur les jeunes

Cette mesure n'a pas d'impact spécifique sur les jeunes.

• **Impact sur les personnes en situation de handicap**

Cette mesure est sans impact particulier sur les personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact particulier sur l'environnement.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables [selon les cas], notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

La mesure n'induit pas d'impact particulier supplémentaire pour les assurés sociaux s'agissant de démarches ou de formalités administratives.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

La mise en place du référentiel de certification prévu dans la mesure est à la charge de la Haute Autorité de santé.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Cette mesure sera mise en œuvre dans le cadre des moyens existants.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Le décret d'application nécessaire pour assurer la mise en œuvre de la mesure sera pris dans le courant du premier semestre 2021.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information particulière des assurés n'est prévue.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi du respect de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 161-37 actuel	Article L. 161-37 modifié
<p>La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, est chargée de :</p> <p>1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficience. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des actes mentionnés à l'article L. 162-1-8 et des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service attendu de l'acte, de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;</p> <p>1° bis Elaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ;</p> <p>2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire. Elle élabore ou valide également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ;</p> <p>3° Etablir et mettre en œuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;</p> <p>4° Etablir et mettre en œuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique, notamment en évaluant, lors de cette procédure, la mise en œuvre par les établissements de santé des dispositions du 18° de l'article L. 6143-7 du même code ;</p> <p>5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans</p>	<p>La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, est chargée de :</p> <p>1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficience. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des actes mentionnés à l'article L. 162-1-8 et des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service attendu de l'acte, de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;</p> <p>1° bis Elaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ;</p> <p>2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire. Elle élabore ou valide également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ;</p> <p>3° Etablir et mettre en œuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;</p> <p>4° Etablir et mettre en œuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique, notamment en évaluant, lors de cette procédure, la mise en œuvre par les établissements de santé des dispositions du 18° de l'article L. 6143-7 du même code ;</p> <p>5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans</p>

<p>le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ;</p> <p>6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ;</p> <p>7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale ;</p> <p>8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants ;</p> <p>9° Rendre l'avis mentionné au III de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique ;</p> <p>10° Rendre l'avis mentionné au deuxième alinéa du I du même article L. 4011-3 ;</p> <p>11° Organiser des consultations précoces avec ses services à la demande des entreprises développant des spécialités pharmaceutiques, des produits ou prestations innovants du fait de leur nouveau mécanisme d'action et d'un besoin médical insuffisamment couvert, avant la mise en œuvre des essais cliniques nécessaires à l'évaluation mentionnée au 1° du présent article ;</p> <p>12° Participer à l'élaboration de la politique de vaccination et émettre des recommandations vaccinales, y compris, dans des situations d'urgence, à la demande du ministre chargé de la santé, en fonction des données épidémiologiques, d'études sur les bénéfices et risques de la vaccination et de l'absence de vaccination aux niveaux individuel et collectif et d'études médico-économiques ;</p> <p>13° Etablir la procédure de certification des activités de présentation, d'information ou de promotion en faveur des produits de santé et prestations éventuellement associées. Cette procédure de certification a notamment pour finalité de garantir le respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 ;</p> <p>14° Rendre l'avis mentionné au III de l'article L. 162-31-1 ;</p> <p>15° Mettre en œuvre les missions qui lui sont dévolues par l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>La Haute Autorité de santé peut participer à des activités de coopération internationale se rapportant à ses missions. Dans ce cadre, elle peut notamment fournir des prestations de conseil et d'expertise par le biais de conventions et percevoir des recettes.</p> <p>Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Agence nationale de santé publique et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé.</p> <p>Sans préjudice de l'application de la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique disposent également d'un droit d'alerte auprès de la Haute Autorité</p>	<p>le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ;</p> <p>6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ;</p> <p>7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale ;</p> <p>8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants ;</p> <p>9° Rendre l'avis mentionné au III de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique ;</p> <p>10° Rendre l'avis mentionné au deuxième alinéa du I du même article L. 4011-3 ;</p> <p>11° Organiser des consultations précoces avec ses services à la demande des entreprises développant des spécialités pharmaceutiques, des produits ou prestations innovants du fait de leur nouveau mécanisme d'action et d'un besoin médical insuffisamment couvert, avant la mise en œuvre des essais cliniques nécessaires à l'évaluation mentionnée au 1° du présent article ;</p> <p>12° Participer à l'élaboration de la politique de vaccination et émettre des recommandations vaccinales, y compris, dans des situations d'urgence, à la demande du ministre chargé de la santé, en fonction des données épidémiologiques, d'études sur les bénéfices et risques de la vaccination et de l'absence de vaccination aux niveaux individuel et collectif et d'études médico-économiques ;</p> <p>13° Etablir la procédure de certification des activités de présentation, d'information ou de promotion en faveur des produits de santé et prestations éventuellement associées. Cette procédure de certification a notamment pour finalité de garantir le respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 ;</p> <p>14° Rendre l'avis mentionné au III de l'article L. 162-31-1 ;</p> <p>15° Mettre en œuvre les missions qui lui sont dévolues par l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>16° Etablir un référentiel des bonnes pratiques professionnelles des prestataires de service et des distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique et établir et mettre en œuvre des procédures de certification de ces professionnels.</p> <p>La Haute Autorité de santé peut participer à des activités de coopération internationale se rapportant à ses missions. Dans ce cadre, elle peut notamment fournir des prestations de conseil et d'expertise par le biais de conventions et percevoir des recettes.</p> <p>Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Agence nationale de santé publique et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé.</p> <p>Sans préjudice de l'application de la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique disposent également d'un droit d'alerte auprès de la Haute Autorité</p>
---	--

<p>de santé. A ce titre, elles peuvent la saisir de tout fait ayant des incidences importantes sur la santé, nécessitant que la Haute Autorité fasse usage de ses compétences définies au présent chapitre.</p> <p>La Haute Autorité de santé rend publiques les suites qu'elle apporte aux saisines des associations ainsi que les modalités selon lesquelles elle les a instruites. Elle peut entendre publiquement l'association auteur de la saisine ainsi que toute personne intéressée.</p> <p>La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion des informations relatives au secret des stratégies commerciales, des réunions de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique siégeant auprès d'elle et consultée sur l'inscription des médicaments inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, ainsi que son règlement intérieur.</p> <p>Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des domaines d'action prioritaires et des objectifs de la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique.</p> <p>Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces, ainsi que d'évaluer l'impact sur les dépenses d'assurance maladie.</p> <p>La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet qui rend compte de la réalisation du programme de travail et des travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que des actions d'information mises en œuvre en application du 2° du présent article.</p> <p>Pour les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, L. 165-1 et L. 161-37 du présent code, sont précisées les modalités et les principes selon lesquels sont mis en œuvre les critères d'évaluation des produits de santé en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p>Pour les autres commissions spécialisées sont précisés dans ce rapport annuel les critères d'évaluation et les mesures d'impact des dispositifs contribuant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à l'information des publics.</p> <p>Le rapport annuel comporte également une analyse prospective du système de santé comportant des propositions d'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience.</p> <p>Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.</p> <p>Pour l'application des 2°, 4°, 5°, 8° et 15°, la Haute Autorité de santé prend en compte les risques de maltraitance.</p>	<p>de santé. A ce titre, elles peuvent la saisir de tout fait ayant des incidences importantes sur la santé, nécessitant que la Haute Autorité fasse usage de ses compétences définies au présent chapitre.</p> <p>La Haute Autorité de santé rend publiques les suites qu'elle apporte aux saisines des associations ainsi que les modalités selon lesquelles elle les a instruites. Elle peut entendre publiquement l'association auteur de la saisine ainsi que toute personne intéressée.</p> <p>La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion des informations relatives au secret des stratégies commerciales, des réunions de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique siégeant auprès d'elle et consultée sur l'inscription des médicaments inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, ainsi que son règlement intérieur.</p> <p>Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des domaines d'action prioritaires et des objectifs de la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique.</p> <p>Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces, ainsi que d'évaluer l'impact sur les dépenses d'assurance maladie.</p> <p>La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet qui rend compte de la réalisation du programme de travail et des travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que des actions d'information mises en œuvre en application du 2° du présent article.</p> <p>Pour les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, L. 165-1 et L. 161-37 du présent code, sont précisées les modalités et les principes selon lesquels sont mis en œuvre les critères d'évaluation des produits de santé en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p>Pour les autres commissions spécialisées sont précisés dans ce rapport annuel les critères d'évaluation et les mesures d'impact des dispositifs contribuant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à l'information des publics.</p> <p>Le rapport annuel comporte également une analyse prospective du système de santé comportant des propositions d'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience.</p> <p>Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.</p> <p>Pour l'application des 2°, 4°, 5°, 8°, 15° et 16°, la Haute Autorité de santé prend en compte les risques de maltraitance.</p>
Article L. 162-1-14-1 actuel	Article L. 162-1-14-1 modifié
Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :	Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

<p>1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;</p> <p>2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;</p> <p>3° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé, au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6 ;</p> <p>4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3-2 du code de la santé publique.</p> <p>La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévus à l'article L. 114-17-1 du présent code, peut consister en :</p> <ul style="list-style-type: none"> -une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° du présent article ; -une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés aux 2°, 3° et 4°, dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause ; -en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales telle que prévue au 5° du I de l'article L. 162-14-1. <p>Les sanctions prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.</p> <p>Les sanctions prononcées en vertu du présent article peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive et après épuisement des voies de recours, par voie de presse.</p> <p>Les décisions prononçant les sanctions prévues au présent article peuvent être contestées devant le tribunal de grande instance spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire. Quand ces sanctions consistent en des pénalités financières, elles sont recouvrées selon les modalités définies aux huitième et avant-dernier alinéas du IV de l'article L. 114-17-1.</p> <p>L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner le même comportement du professionnel de santé.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie réglementaire.</p>	<p>1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;</p> <p>2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;</p> <p>3° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé, au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas du I de l'article L. 165-6 ;</p> <p>4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3-2 du code de la santé publique.</p> <p>La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévus à l'article L. 114-17-1 du présent code, peut consister en :</p> <ul style="list-style-type: none"> -une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° du présent article ; -une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés aux 2°, 3° et 4°, dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause ; -en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales telle que prévue au 5° du I de l'article L. 162-14-1. <p>Les sanctions prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.</p> <p>Les sanctions prononcées en vertu du présent article peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive et après épuisement des voies de recours, par voie de presse.</p> <p>Les décisions prononçant les sanctions prévues au présent article peuvent être contestées devant le tribunal de grande instance spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire. Quand ces sanctions consistent en des pénalités financières, elles sont recouvrées selon les modalités définies aux huitième et avant-dernier alinéas du IV de l'article L. 114-17-1.</p> <p>L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner le même comportement du professionnel de santé.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie réglementaire.</p>
Article L.165-6 actuel	Article L.165-6 modifié
<p>L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes d'assurance maladie, ainsi que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, peuvent conclure des accords, à l'échelon local ou national, avec les distributeurs de produits et prestations de santé mentionnés à l'article L. 165-1, notamment en ce qui concerne la qualité, les prix maximaux pratiqués, sous réserve que ces produits ou prestations ne fassent pas</p>	<p>I. - L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes d'assurance maladie, ainsi que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, peuvent conclure des accords, à l'échelon local ou national, avec les distributeurs de produits et prestations de santé mentionnés à l'article L. 165-1, notamment en ce qui concerne la qualité, les prix maximaux pratiqués, sous réserve que ces produits ou</p>

<p>l'objet d'une décision prise en application du I de l'article L. 165-3, et les modalités du mécanisme de tiers payant.</p> <p>Des accords peuvent également être conclus au niveau national pour prévoir des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnés à l'article L. 861-1. A ce titre, pour les produits ou prestations de santé mentionnés à l'article L. 165-1 figurant sur la liste mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 861-3, ces accords prévoient soit l'obligation pour les distributeurs de proposer un produit ou une prestation à un prix n'excédant pas le montant des frais pris en charge défini par l'arrêté mentionné à l'article L. 861-3, soit le montant maximal pouvant être facturé aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé.</p> <p>En l'absence d'accord ou lorsque les dispositions de l'accord ne répondent pas aux conditions définies à l'alinéa précédent, un arrêté fixe, après avis du comité économique des produits de santé, les obligations mentionnées à l'alinéa précédent s'imposant aux distributeurs.</p> <p>Les infractions à l'arrêté mentionné au troisième alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce.</p> <p>Les accords nationaux signés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations nationales syndicales des distributeurs de produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent être rendus applicables à l'ensemble des distributeurs par arrêté interministériel, pris après avis du comité économique des produits de santé. Les ministres peuvent, lorsque l'accord ou un avenant comporte une ou des dispositions non conformes aux lois et règlements en vigueur ou lorsqu'une ou des dispositions relatives aux prix proposés ne sont pas compatibles avec les critères de l'article L. 162-38, disjoindre ces dispositions dans l'arrêté.</p>	<p>prestations ne fassent pas l'objet d'une décision prise en application du I de l'article L. 165-3, et les modalités du mécanisme de tiers payant.</p> <p>Des accords peuvent également être conclus au niveau national pour prévoir des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnés à l'article L. 861-1. A ce titre, pour les produits ou prestations de santé mentionnés à l'article L. 165-1 figurant sur la liste mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 861-3, ces accords prévoient soit l'obligation pour les distributeurs de proposer un produit ou une prestation à un prix n'excédant pas le montant des frais pris en charge défini par l'arrêté mentionné à l'article L. 861-3, soit le montant maximal pouvant être facturé aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé.</p> <p>En l'absence d'accord ou lorsque les dispositions de l'accord ne répondent pas aux conditions définies à l'alinéa précédent, un arrêté fixe, après avis du comité économique des produits de santé, les obligations mentionnées à l'alinéa précédent s'imposant aux distributeurs.</p> <p>Les infractions à l'arrêté mentionné au troisième alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce.</p> <p>Les accords nationaux signés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations nationales syndicales des distributeurs de produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent être rendus applicables à l'ensemble des distributeurs par arrêté interministériel, pris après avis du comité économique des produits de santé. Les ministres peuvent, lorsque l'accord ou un avenant comporte une ou des dispositions non conformes aux lois et règlements en vigueur ou lorsqu'une ou des dispositions relatives aux prix proposés ne sont pas compatibles avec les critères de l'article L. 162-38, disjoindre ces dispositions dans l'arrêté.</p> <p>II. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut conclure, à l'échelon national, avec un ou plusieurs syndicats ou organisations regroupant des prestataires de service et des distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique, un accord relatif aux produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du présent code, portant sur les éléments définis au premier alinéa du I ainsi que sur les modalités de délivrance et de prise en charge de ces produits et prestations. Cet accord prévoit notamment des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnés à l'article L. 861-1 conformément au deuxième alinéa du I. En l'absence d'accord ou si les dispositions de l'accord ne répondent pas aux conditions définies au deuxième alinéa du I, les troisième et quatrième alinéas du même I s'appliquent.</p> <p>Peuvent seuls adhérer à l'accord national mentionné au précédent alinéa les prestataires de services et les distributeurs de matériels détenant la certification prévue au 16° de l'article L. 161-37. L'accord peut, selon les modalités prévues au dernier alinéa du I, être rendu applicable à l'ensemble des prestataires de service et des distributeurs de matériels détenant cette certification.</p> <p>Les produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 délivrés par un prestataire de service ou un distributeur de matériels ne sont pris en charge par l'assurance maladie que si celui-ci a adhéré à l'accord prévu au premier alinéa du présent II ou si cet accord lui a été rendu applicable. A défaut d'accord, ces produits et prestations ne peuvent être pris en charge</p>
--	---

	<p>que si le professionnel détient la certification prévue au 16° de l'article L. 161-37.</p> <p>Les conditions de mise en œuvre du présent II sont précisées par décret en Conseil d'Etat.</p>
--	---

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Le 4^{ème} Comité interministériel de la transformation publique (CITP) qui s'est tenu le 15 novembre 2019, a décidé de regrouper ou de supprimer plusieurs structures administratives, dans un objectif de cohérence, de simplification et de lisibilité de l'action publique. Cette simplification visait plus particulièrement les organismes de moins de 100 ETP. C'est notamment le cas du Fonds de la complémentaire santé solidaire (CSS), établissement public administratif, qui dispose de 10 ETP.

Le Fonds de la CSS ayant été créé par le législateur (institué par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle), sa suppression nécessite l'intervention du législateur, afin d'abroger sa structure juridique.

Les politiques publiques d'amélioration de l'accès aux soins auxquelles le Fonds CSS contribue sont des politiques prioritaires pour le Gouvernement ; la disparition du Fonds s'accompagne ainsi d'une réaffectation de l'ensemble de ses missions, ainsi que d'une révision en conséquence des circuits actuels de financement de la complémentaire santé solidaire.

En premier lieu, le Fonds de la CSS finance et suit l'ensemble des dépenses de complémentaire santé solidaire, qu'il rembourse aux régimes d'assurance-maladie obligatoires et aux organismes complémentaires en santé prenant en charge ces frais de santé.

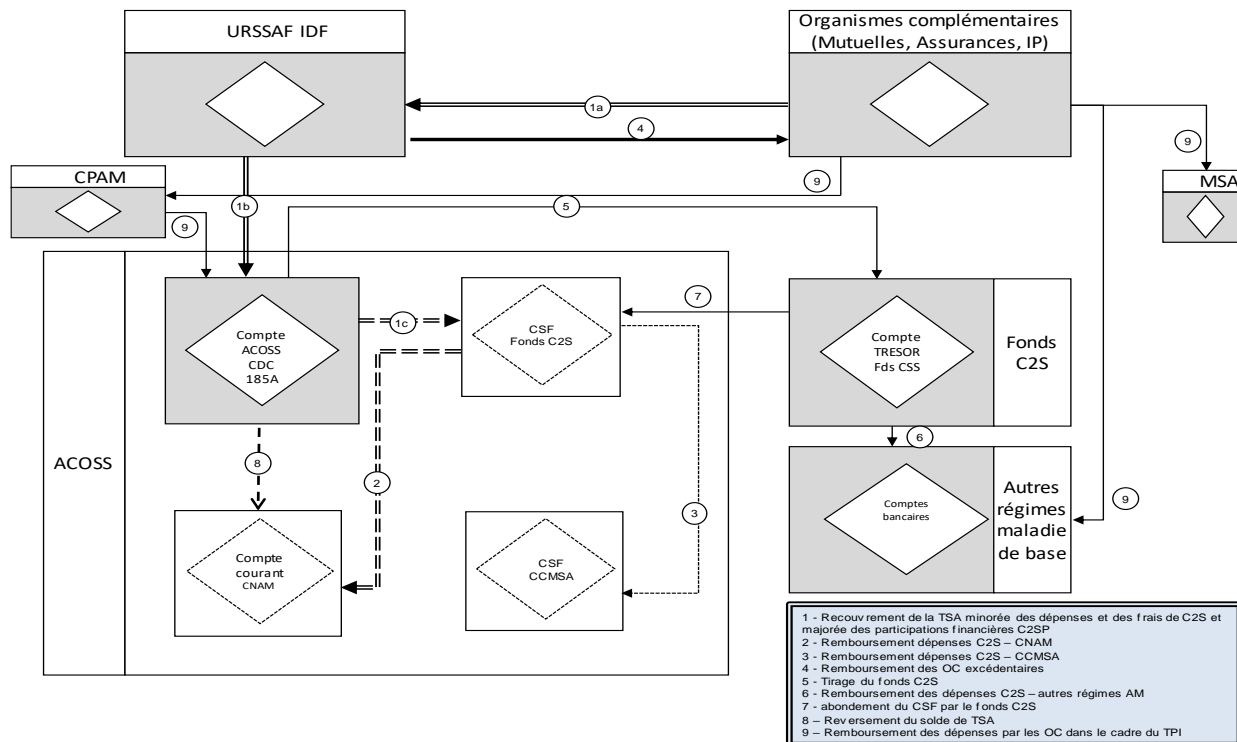
Les dépenses du Fonds de la CSS sont constituées par :

- Le remboursement aux organismes gestionnaires de la CSS des sommes correspondant à la prise en charge des prestations servies aux bénéficiaires de la CSS (après minoration du montant de la participation due à l'organisme par l'assuré lorsque celui-ci bénéficie de la CSS soumise à participation financière et majoration de cette participation à hauteur d'un montant forfaitaire attribué aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion). Depuis le 1^{er} octobre 2019, le remboursement des dépenses de CSS couvre le montant des dépenses réellement engagées et n'est plus limité par un plafond ;
- Les frais de gestion administrative du Fonds.

En ce qui concerne les recettes du Fonds, celles-ci sont exclusivement constituées par l'affectation d'une fraction de TSA (taxe de solidarité additionnelle sur les complémentaires santé). Le montant de TSA alloué au Fonds couvre strictement le montant de ses dépenses, afin d'équilibrer son résultat annuel. Le solde de TSA est reversé à la CNAM.

En pratique, à l'occasion des déclarations trimestrielles de TSA, les organismes complémentaires minorent le montant dû de TSA (après déduction des participations des assurés et majoration des frais de gestion) du montant des dépenses de CSS. Dans les cas où le montant du remboursement excède le montant de TSA dû par l'organisme complémentaire, la différence lui est reversée par l'URSSAF d'Ile-de-France, chargée du recouvrement de la TSA. Le même mécanisme est appliqué aux caisses d'assurance maladie gestionnaires de la CSS qui bénéficient d'un remboursement trimestriel équivalent au montant des dépenses réelles et minoré du montant des participations dues par les assurés. Les remboursements et le montant des dépenses déclarées sur la base des factures transmises chaque trimestre par les organismes de sécurité sociale au Fonds CSS et à l'ACOSS font l'objet d'une écriture sur le compte de suivi financier (CNAM et CCMSA seulement – cf. annexe I). A défaut, les modalités de remboursement sont fixées par convention.

Cinématique actuelle des flux du Fonds C2S



La suppression du Fonds implique donc d'établir de nouveaux circuits de financement de la complémentaire santé solidaire, avec pour conséquence de modifier le sous-secteur des administrations publiques qui comptabilisera les dépenses afférentes : actuellement, les dépenses de complémentaire santé solidaire ne relèvent pas des administrations de sécurité sociale mais des dépenses des organismes divers d'administration centrale (ODAC). En outre, le Fonds exerce une mission de fiabilisation des assiettes de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et une mission, complémentaire à celle menée par le réseau des URSSAF, de contrôle des déductions réalisées au titre des dépenses de CSS ainsi qu'un suivi de la liste des organismes complémentaires gérant la complémentaire santé solidaire. Sa connaissance des organismes de complémentaire en santé et de leurs dépenses lui permet en effet de vérifier la cohérence des déclarations de TSA. Si cette mission se rapproche des contrôles menés par les URSSAF, elle nécessite cependant une expertise particulière liée à la connaissance des déterminants de l'évolution de l'assiette de TSA et donc de frais de santé pris en charge par les organismes complémentaires.

Enfin le Fonds de la complémentaire santé solidaire a développé une expertise reconnue en matière de politique d'accès aux soins, au travers notamment des études qu'il mène ou qu'il supervise dans ce champ (étude sur le non recours à l'ACS, étude sur les refus de soins discriminatoire ou sur les populations éligibles à la l'ACS et la CMU-c en 2019 par exemple). Cela se traduit par des interactions constantes avec les associations, les caisses de sécurité sociale et autres organismes intervenant dans ce domaine afin de favoriser l'accès aux soins des populations les plus vulnérables. Le Fonds assure également un rôle d'information du grand public sur ces sujets, grâce à son site internet et aux réponses qu'il apporte aux sollicitations des assurés.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

La mesure consiste en premier lieu à supprimer la structure juridique du Fonds en abrogeant les articles du code de la sécurité sociale relatifs au Fonds CSS.

En ce qui concerne le financement de la complémentaire santé solidaire, la nature des ressources serait inchangée, la TSA couvrirait toujours les dépenses de CSS. Néanmoins, du fait de la suppression du Fonds CSS, la CNAM deviendrait alors l'unique affectataire de l'ensemble de la TSA (assiette de TSA définie au II de l'article L .862-4 CSS ainsi que les autres sous-assiettes de TSA mentionnées au II bis de l'article L. 862-4 CSS). Le financement de la CSS serait ainsi confié à la CNAM qui procéderait au remboursement des dépenses des organismes de sécurité sociale gestionnaires. Les organismes complémentaires continueraient de déduire leurs dépenses de CSS du montant de TSA dû. À l'instar du « Fonds de lutte contre les addictions » ou de l'ex FFIP, le financement de la CSS pourrait être isolé dans un fonds créé au sein de la CNAM dont les opérations feraient l'objet d'une gestion comptable distincte de celle de l'assurance maladie permettant d'assurer un suivi spécifique des recettes et des dépenses de CSS.

Ce fonds sera alimenté à hauteur des besoins de financement de la complémentaire santé solidaire, par affectation de TSA, comme c'est le cas actuellement pour le Fonds de la complémentaire santé solidaire. La suppression du Fonds n'aura donc pas de conséquences sur le financement qui restera dédié et garanti de ce dispositif et demeurera une dépense de prise en charge de soins assurée en premier ressort par les régimes d'assurance-maladie ou les organismes complémentaires gestionnaires.

Au-delà, le circuit de financement de la CSS reste marqué par une multiplicité de flux financiers, parfois circulaires, entre les organismes complémentaires et l'assurance maladie obligatoire. Ainsi :

- L'assurance maladie avance les frais dans le cadre du tiers payant intégral et facture à chaque organisme complémentaire en santé les montants à sa charge. Sur la base des factures transmises, les OC remboursent ensuite l'assurance maladie.
- En sens inverse, les dépenses des OC au titre de la CSS sont déduites du montant total dû au titre de la TSA, dont le solde est reversé à la CNAM. Or, les montants déduits sont nécessairement proches, par construction, des sommes facturées par l'AM.

Il en résulte à la fois un circuit comptable complexe (voir le schéma supra), des effets négatifs de trésorerie pour les deux parties mais aussi une charge administrative induite par la nécessité de rapprocher ex post les factures de l'assiette de la taxation, notamment à l'occasion des contrôles.

Si une modification de ces flux semble difficilement réalisable de manière concomitante avec la modification des relations financières entre complémentaires, assurance maladie et URSSAF, elle constitue un préalable à une simplification et une plus grande lisibilité du financement de la CSS. C'est pourquoi il est proposé d'engager, en concertation avec les organismes complémentaires d'assurance maladie une réflexion sur la simplification des relations financières entre les OC et l'assurance maladie obligatoire afin d'alléger et de fiabiliser le mécanisme actuel de déductions trimestrielles des dépenses de CSS lors du paiement et de la déclaration de la TSA.

Enfin, il convient de tirer toutes les conséquences juridiques de la suppression du Fonds en transférant les missions actuellement exercées par le Fonds aux différentes structures chargées de reprendre ces activités :

- La fiabilisation des déclarations et des déductions de TSA réalisées au titre de la CSS sera reprise par les services de l'Agence Centrale des Organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui dispose déjà, à travers le réseau des URSSAF, d'une compétence générale de contrôle de la TSA ;
- Les missions de recueil et d'analyse statistique relatifs à la CSS (effectifs, dépenses), de mise en place de programme d'études et de production de rapports permettant l'établissement de bilans des réformes et des dispositifs sur l'accès aux soins des publics en situation de précarité, seront reprises par la direction de la sécurité sociale (DSS), qui assure déjà le suivi de la complémentaire santé solidaire et de façon générale des politiques d'accès aux soins.
- La gestion de la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la complémentaire santé solidaire sera également assurée par la DSS.
- Au-delà du suivi comptable des dépenses de complémentaire santé solidaire, la CNAM assurera un rôle d'interface avec les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, rôle qu'elle remplit déjà pour les bénéficiaires gérés par des CPAM.

Aussi, un comité de pilotage, présidé par le directeur de la sécurité sociale, sera constitué à la place du conseil de surveillance afin de regrouper l'ensemble des parties prenantes (associations, caisses de sécurité sociale, administration) intéressés aux politiques d'accès aux soins des populations précaires.

b) Autres options possibles

Un transfert de l'ensemble des missions du Fonds à la CNAM a été écarté, au profit d'une répartition entre les entités les plus à même d'assurer les missions très diverses du Fonds, par exemple la compétence de contrôle de taxe qui rentre davantage dans le champ de compétences de l'ACOSS que de la CNAM.

Le transfert des dépenses de la CSS au budget de l'Etat a également été écarté, en raison de la nature de la dépense de complémentaire santé solidaire, intrinsèquement liée aux frais de santé déjà pris en charge par la branche maladie de la sécurité sociale.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La suppression du Fonds CSS et la création d'un fonds dédié au sein de la CNAM font désormais de celle-ci l'unique affectataire du produit de la TSA. La mesure relève donc du 2° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. Elle s'inscrit également dans le cadre des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale dans la mesure où elle accroît les dépenses de la CNAM. La mesure pourrait également affecter l'équilibre des régimes d'assurance maladie dans l'hypothèse où la TSA ne serait pas suffisante pour assurer le financement de la CSS, l'assurance maladie devant alors financer directement le dispositif.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

Il convient de rappeler que l'article 48 du TFUE se limite à prévoir une simple coordination des législations des États membres. Les règles européennes de coordination ne mettent pas en œuvre une harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale. Les États membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Il est de jurisprudence constante par la CJUE qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime ;
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale, du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet. La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

L. 131-8	Affectation du produit de la TSA au Fonds
L. 861-7	Compétence directeur du Fonds en matière d'établissement/diffusion liste OC et retrait de la liste
L. 862-2	Composition des dépenses du Fonds
L. 862-3	Composition des recettes du Fonds (TSA)
L. 862-5	Compétences fonds en matière d'orientation des contrôles TSA
L.862-6	Reversement TSA pour les OC dont les dépenses sont supérieures au montant de la taxe due
L. 862-7	Application des contrôles TSA : - habilitation contrôle assiette TSA par le Fonds ; - obligation de transmission des OC aux URSAFF ; - obligation de transmission des OSS au Fonds ; - obligation d'information de l'ACPR et fonds au ministère pour l'établissement des comptes des OC. Rapport du Fonds sur la CSS
L. 862-8	Associations d'OC pour la déclaration et le paiement de la TSA (pouvoir du contrôle au Fonds et aux URSSAF)

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Articles à abroger (sous réserve de certaines dispositions)

L. 862-1	Article principal de création du Fonds : - statut juridique ; - renvoi au décret (composition CA, Conseil de surveillance, conditions de fonctionnement et de gestion du Fonds ; - capacité d'employer des agents statut UCANSS
----------	--

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact de la simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire est neutre sur les soldes. Cette suppression aura donc essentiellement un impact lié à la réaffectation à la CNAM de l'ensemble des recettes de TSA (la part de TSA affectée au Fonds en 2020 s'élevait à 2,7 Md€ en 2020).

Cette mesure conduira également à une économie sur les dépenses du Fonds relatives à la location de ses locaux et en un redéploiement des autres dépenses liées à la gestion administrative (dépenses de personnel en fonction des réaffectations du personnel notamment).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre		0			
- Maladie		0			
- AT-MP					
- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

La suppression du Fonds n'a pas d'impact économique, la complémentaire santé solidaire demeurant attribuée dans les mêmes conditions et par les mêmes organismes.

b) Impacts sociaux

Les agents du Fonds CSS sont accompagnés par la direction de la sécurité sociale afin de retrouver une affectation qui puisse convenir à leur profils et intentions, en reprenant des missions affectées à des structures existantes ou dans le cadre de souhaits d'évolution professionnelle.

• Impact sur les jeunes

Sans objet.

• Impact sur les personnes en situation de handicap

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés**a) Impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives**

Les missions du Fonds étant maintenues et confiées à d'autres acteurs, la mesure n'emporte aucun impact sur les assurés. Les contacts avec ceux-ci mais également avec les organismes complémentaires seront maintenus par les CPAM et caisses de MSA d'une part et le ministère des solidarités et de la santé (la direction de la sécurité sociale) d'autre part.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

Les évolutions métier à prévoir sont celles liées aux activités de contrôle de la TSA et des déductions en faveur des organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire.

Des évolutions sur les bases comptables sont également en cours.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La reprise de certaines missions du Fonds par les organismes de sécurité sociale (CNAM, ACOSS), ainsi qu'à la DSS, se traduira par la création de certains postes, notamment s'agissant des missions d'interface avec les assurés ou de contrôle de TSA et des déductions des organismes complémentaires.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation**a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.**

- un décret en Conseil d'Etat sera nécessaire pour préciser les conditions de dissolution du Fonds de la Complémentaire santé solidaire ainsi que les modalités d'établissement, d'arrêt et d'approbation des comptes du Fonds relatifs à l'exercice 2020 et de leur transfert au 1^{er} janvier 2021.

- Un décret en Conseil d'Etat sera nécessaire pour supprimer, déplacer ou toiler les textes de la partie réglementaire des chapitres 1 et 2 du titre 6 du livre VIII du code de la sécurité sociale

- Un décret simple sera également nécessaire pour procéder à des modifications des articles D.862-2 à D.862-7 du code de la sécurité sociale ainsi **qu'au** toilettage des dispositions du code de la santé publique

Ces textes seront publiés au plus tard le 31 décembre 2020.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La suppression du Fonds sera effective le 1^{er} janvier 2021.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés et organismes complémentaires seront informés de la date de la suppression effective du Fonds CSS via le site internet www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 861-7 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 861-7 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 qui souhaitent participer à la protection complémentaire en matière de santé établissent une déclaration dont le modèle est fixé par arrêté.</p> <p>Le directeur du fonds mentionné à l'article L. 862-1 établit et diffuse la liste des organismes participants, en particulier aux associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé visés à l'article L. 861-5.</p> <p>En cas de manquement aux obligations prévues aux articles L. 861-3 et L. 861-8, ainsi qu'au c de l'article L. 862-7, le directeur du fonds mentionné au deuxième alinéa du présent article peut retirer de la liste l'organisme en cause. Les conditions dans lesquelles le retrait est prononcé et le délai au terme duquel une nouvelle déclaration peut être établie sont fixés par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 qui souhaitent participer à la protection complémentaire en matière de santé établissent une déclaration dont le modèle est fixé par arrêté.</p> <p>Le directeur du fonds mentionné à l'article L. 862-1 ministre chargé de la sécurité sociale établit et diffuse la liste des organismes participants, en particulier aux associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé visés à l'article L. 861-5.</p> <p>En cas de manquement aux obligations prévues aux articles L. 861-3 et L. 861-8, ainsi qu'au c de l'article L. 862-7, le directeur du fonds mentionné au deuxième alinéa du présent article le ministre chargé de la sécurité sociale peut retirer de la liste l'organisme en cause. Les conditions dans lesquelles le retrait est prononcé et le délai au terme duquel une nouvelle déclaration peut être établie sont fixés par décret en Conseil d'Etat.</p>
Article L. 862-1 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 862-1 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3 .</p> <p>Ce fonds, dénommé : " Fonds de la Complémentaire santé solidaire ", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment trois députés et trois sénateurs, des représentants d'associations oeuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.</p> <p>Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu au 1° de l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.</p> <p>Le fonds mentionné au premier alinéa du présent article peut employer des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels de sécurité sociale.</p>	<p>Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie un fonds de financement de la complémentaire santé solidaire. dont les dépenses sont définies à l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Ce fonds, dénommé : " Fonds de la Complémentaire santé solidaire ", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment trois députés et trois sénateurs, des représentants d'associations oeuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.</p> <p>Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu au 1° de l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.</p> <p>Le fonds mentionné au premier alinéa du présent article peut employer des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels de sécurité sociale.</p>
Article L. 862-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 862-2 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les dépenses du fonds sont constituées :</p> <p>a) Par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux a et b de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3. Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de</p>	<p>Les dépenses du fonds sont constituées a) par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux a et b de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.</p>

<p>l'article L. 861-1, ces dépenses sont minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire. Pour les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.</p> <p>Le fonds transmet au Gouvernement, au plus tard le 1er septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 ;</p> <p>b) Par les frais de gestion administrative du fonds.</p> <p>Les modalités d'application du a sont précisées par décret.</p>	<p>Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire.</p> <p>Pour les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.</p> <p>Le fonds La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet au Gouvernement, au plus tard le 1er septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 ;</p> <p>b) Par les frais de gestion administrative du fonds.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret.</p>
<p align="center">Article L. 862-5 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 862-5 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Sous réserve des dispositions du présent chapitre, la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général. Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds institué à l'article L. 862-1, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés.</p> <p>Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 862-1.</p>	<p>Sous réserve des dispositions du présent chapitre, la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général. Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds institué à l'article L. 862-1, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés.</p> <p>La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet trimestriellement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les données nécessaires au contrôle des montants des dépenses mentionnées à l'article L. 862-2 .</p> <p>Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 862-1.</p>
<p align="center">Article L. 862-7 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 862-7 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 :</p> <p>a) Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 ou au calcul des demandes de remboursements mentionnés au a de l'article L. 862-2 ;</p> <p>b) Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ;</p> <p>c) Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les informations relatives aux cotisations émises, aux cotisations assujetties à la taxe mentionnée au même article L. 862-4 au titre des contrats conclus en application de l'article L. 911-1, au nombre de personnes assurées ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III de l'article L. 862-4 ; ils</p>	<p>Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 :</p> <p>a) Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 ou au calcul des demandes de remboursements mentionnés au a de l'article L. 862-2 ;</p> <p>b) Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ;</p> <p>c) Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les informations relatives aux cotisations émises, aux cotisations assujetties à la taxe mentionnée au même article L. 862-4 au titre des contrats conclus en application de l'article L. 911-1, au nombre de personnes assurées ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III de l'article L. 862-4 ; ils</p>

<p>communiquent au fonds les informations relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces bénéficiaires en application du 2° de l'article L. 861-1, ainsi que l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mises en œuvre au titre du b de l'article L. 861-4 ;</p> <p>d) Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds les informations relatives aux personnes prises en charge, notamment leur nombre et leur âge, le montant des prestations servies au titre du a de l'article L. 861-4, ainsi que le montant des participations susmentionnées ;</p> <p>e) L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent chaque année, avant le 1er juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au I de l'article L. 862-4.</p> <p>Sur cette base, le fonds mentionné à l'article L. 862-1 établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires mentionné au 2° de l'article L. 861-1 ainsi que l'évolution du montant des cotisations mentionnées au I de l'article L. 862-4, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes.</p> <p>Ce rapport est remis avant le 15 novembre au Parlement. Il est rendu public.</p>	<p>communiquent au fonds ministre chargé de la sécurité sociale les informations relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces bénéficiaires en application du 2° de l'article L. 861-1, ainsi que l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mises en œuvre au titre du b de l'article L. 861-4 ;</p> <p>d) Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds ministre chargé de la sécurité sociale les informations relatives aux personnes prises en charge, notamment leur nombre et leur âge, le montant des prestations servies au titre du a de l'article L. 861-4, ainsi que le montant des participations susmentionnées ;</p> <p>e) L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent transmet chaque année, avant le 1er juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au I de l'article L. 862-4.</p> <p>Sur cette base, le ministre chargé de la sécurité sociale fonds mentionné à l'article L. 862-1 établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires mentionné au 2° de l'article L. 861-1 ainsi que l'évolution du montant des cotisations mentionnées au I de l'article L. 862-4, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes.</p> <p>Ce rapport est remis avant le 15 novembre 31 décembre au Parlement. Il est rendu public.</p>
<p align="center">Article L. 862-8 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 862-8 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 peuvent constituer, par adhésion volontaire, des associations dont l'objet est de mettre en œuvre, pour le compte des organismes adhérents, les opérations se rattachant aux droits et obligations qui leur incombent en application des articles L. 862-4 à L. 862-7 et dont ils demeurent responsables.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les règles constitutives de ces associations, notamment les conditions de leur composition, leur compétence territoriale, les règles financières qui leur sont applicables ainsi que les clauses types que doivent pour cela respecter leurs statuts. Il définit en outre les modalités de leur agrément et de leur contrôle par l'Etat.</p> <p>Les organismes qui adhèrent à une association en application du premier alinéa du présent article notifient ce choix à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général compétent.</p> <p>Le fonds et les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents disposent, à l'égard des associations constituées en application du présent article, des mêmes pouvoirs de contrôle qu'à l'égard des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4.</p>	<p>Les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 peuvent constituer, par adhésion volontaire, des associations dont l'objet est de mettre en œuvre, pour le compte des organismes adhérents, les opérations se rattachant aux droits et obligations qui leur incombent en application des articles L. 862-4 à L. 862-7 et dont ils demeurent responsables.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les règles constitutives de ces associations, notamment les conditions de leur composition, leur compétence territoriale, les règles financières qui leur sont applicables ainsi que les clauses types que doivent pour cela respecter leurs statuts. Il définit en outre les modalités de leur agrément et de leur contrôle par l'Etat.</p> <p>Les organismes qui adhèrent à une association en application du premier alinéa du présent article notifient ce choix à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général compétent.</p> <p>Le fonds et les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents disposent, à l'égard des associations constituées en application du présent article, des mêmes pouvoirs de contrôle qu'à l'égard des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4.</p> <p>Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu au 1° de l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.</p>

Article 41 – Modernisation du financement des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux sont fortement sollicitées en raison de leur participation à la vie conventionnelle, que ce soit au niveau national au titre des négociations conventionnelles ou au niveau national et local au titre des commissions paritaires qui en découlent.

A l'échelle régionale, les syndicats dont les membres siègent aux unions régionales des professionnels de santé (plus de 2 300 représentants syndicaux) disposent également de financements pour leur participation aux projets territoriaux. A l'échelle nationale, les organisations représentatives investissent d'importantes ressources humaines au titre des concertations menées par les pouvoirs publics.

Or, la participation des organisations syndicales à la démocratie sociale s'est accentuée ces dernières années et est amenée à perdurer. Par ailleurs, l'organisation des prochaines élections aux unions régionales des professionnels de santé (URPS) en 2021, organisée pour la première fois au niveau national par le ministère de la santé, sera source de frais pour les syndicats candidats.

Dans ce contexte, plusieurs syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux ont fait part de leur difficulté à répondre à l'ensemble des sollicitations et demandé qu'un financement dédié à la vie syndicale soit mis en place afin de leur assurer des moyens pérennes et suffisants pour assurer une représentation dans les différentes concertations.

En effet, la majeure partie du financement syndical est actuellement assurée par les contributions des adhérents et le financement public de la vie syndicale est quant à lui majoritairement indirect (financements alloués au titre du développement professionnel continu, financements des URPS au travers d'une cotisation dédiée, indemnités versées par la CNAM aux représentants syndicaux au titre de la vie conventionnelle).

La réallocation d'une partie des financements actuellement versés aux représentants des professionnels de santé au niveau régional et la centralisation des montants d'indemnisation des syndicats au titre de leur participation aux instances conventionnelles permettrait de clarifier et d'assurer le financement des syndicats à l'échelle nationale comme régionale pour garantir l'assise de ces interlocuteurs privilégiés des pouvoirs publics.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

Il est proposé de mettre en place un financement nouveau ayant vocation à permettre aux syndicats représentatifs des professions conventionnées avec l'assurance maladie de participer plus activement à la démocratie sociale et sanitaire.

Ce financement sera octroyé par l'actuel fonds des actions conventionnelles (FAC), géré par la CNAM, au sein duquel une section spécifique sera instituée. Cette section sera alimentée par une part de l'actuelle contribution aux unions régionales (CURPS), versée au fonds par l'ACOSS, et par une dotation correspondant au montant des indemnités auxquels les syndicats représentatifs sont éligibles au titre de leur participation aux instances conventionnelles (environ 40 k€ en 2019).

La CURPS évoluerait ainsi en une nouvelle contribution dont l'objet inclurait désormais la couverture des frais des syndicats liés à leur participation aux réunions organisées par les pouvoirs publics (concertations, expertises, préparations). Cela donnerait les moyens à ces syndicats de s'impliquer pleinement dans les concertations organisées par les pouvoirs publics.

La CURPS, définie à l'article L. 4031-4 du code de santé publique (CSP), est actuellement versée aux URPS afin d'assurer leur fonctionnement et de permettre la réalisation de leurs missions. L'article R. 4031-43 du CSP prévoit que sont assujettis au versement de cette contribution les professionnels de santé en activité dans le cadre du régime conventionnel au 1^{er} janvier de l'année. La CURPS est assise sur le revenu tiré de l'exercice libéral de la profession lors de l'année civile considérée et retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu (article R. 4031-44 du CSP).

Le taux de la CURPS est fixé, pour chaque profession, par l'article D. 4031-45-1 :

Professions	Taux applicables
Médecins	0,5%
Chirurgiens-dentistes, pharmaciens et biologistes	0,3%
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes	0,1%

En 2019, les contributions collectées par les URSSAF représentaient près de 41 M€.

Montant de la CURPS (2019)	
INFIRMIERS	4 912 957 €
BIOLOGISTES	539 220 €
DENTISTES	6 138 381 €
MASSEURS-KINE	3 224 312 €
MEDECINS	21 703 539 €
ORTHOPHONISTES	630 897 €
ORTHOPTISTES	74 526 €
PHARMACIENS	3 629 722 €
PODOLOGUES	362 262 €
SAGES FEMMES	179 200 €
TOTAL	41 395 015 €

La présente mesure prévoit de remplacer la CURPS actuelle par une contribution unique dédiée au financement de la représentation des professionnels de santé libéraux dont les montants collectés seraient répartis en deux enveloppes distinctes :

- Une enveloppe à destination des syndicats représentatifs nationaux (mesure nouvelle) ;
- Une enveloppe dédiée comme aujourd'hui aux URPS, égale au montant actuels de CURPS versés aux URPS minorée du nouveau versement dédié aux syndicats.

Un décret en Conseil déterminera les modalités de répartition de la contribution dédiée entre les syndicats représentatifs nationaux et les unions régionales ; les fractions seront ensuite fixées par décret.

La part dédiée aux syndicats représentatifs alimentera la nouvelle section du fonds des actions conventionnelles pour un montant qui pourrait être de l'ordre d'un peu plus d'1 M€. Le fonds aura alors pour mission de financer les syndicats.

Le calibrage de ce financement devra faire l'objet de concertations spécifiques.

Pour certains syndicats, en fonction des montants, ce nouveau financement représenterait une part non négligeable de leur budget. Il compléterait les indemnités allouées aux représentants des syndicats siégeant aux URPS ainsi que les indemnités versées aux syndicats au titre de leur participation aux instances conventionnelles.

La réforme n'aura pas d'impact sur les revenus des professionnels de santé si le taux de la CURPS demeure inchangé ; le prélèvement sur la CURPS à hauteur des montants versés aux syndicats nationaux pèserait par ailleurs peu sur le budget des URPS, dans la mesure où il représenterait une part modeste de la CURPS.

b) Autres options possibles

Il peut également être envisagé de mettre en place des indemnités *ad hoc* versées directement par le ministère de la santé aux syndicats représentatifs au titre de leur participation à la vie publique. La gestion de ces indemnités serait toutefois source de lourdeur administrative et de complexité par rapport aux financements déjà versés aux syndicats. A l'inverse, la mesure proposée procède d'une simplification administrative pour la CNAM en substituant une dotation globale à des indemnités individuelles.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

La gestion du nouveau fonds sera confiée à la CNAM. Ce fonds sera alimenté par une nouvelle contribution, dont le prélèvement et le reversement dépendront de l'ACOSS. En outre, il sera également alimenté par une dotation de l'assurance maladie correspondant aux ressources affectées à l'indemnisation des membres des organisations syndicales reconnues représentatives au titre de leur participation aux instances conventionnelles. La mesure aura donc « un effet sur les dépenses de l'année ou des années ultérieures des régimes obligatoires de base » et présentera un caractère permanent, ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en LFSS.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Il n'existe pas de règlement ou de jurisprudence s'appliquant spécifiquement à ce sujet.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure nécessite de modifier l'article L. 4031-4 du code de la santé publique et l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Mesure directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Mesure non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le coût de cette mesure est estimé à un peu moins de 100 k€ par an pour les organismes de la sécurité sociale. En effet, les professionnels de santé ne sollicitent aujourd'hui que de façon très partielle les indemnités conventionnelles auxquelles ils sont éligibles au titre de leur participation aux instances conventionnelles. Le remplacement de ces indemnités par des dotations annuelles aux syndicats représentatifs se traduira donc par une augmentation de la dépense.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
		- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 0,1

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

Sans objet.

b) Impacts sociaux

La mesure participe d'une meilleure représentation des professionnels de santé libéraux dans le débat public.

• *Impact sur les jeunes*

Sans objet.

• *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Sans objet.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

L'ACOSS sera chargée du recouvrement et du reversement de la contribution, la CNAM sera chargée de la gestion d'une nouvelle section du fonds d'action conventionnel.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

4. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Il conviendra de préciser les modalités de reversement de la nouvelle contribution, ainsi que le niveau des montants alloués aux syndicats, par voie réglementaire. Les dispositions réglementaires relatives à la CURPS devront également être modifiées.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Ce dispositif devra être effectif au plus tard 1^{er} janvier 2022.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les cotisants seront informés par l'ACOSS. Cette information pourra également être relayée par les URPS et les syndicats.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure fera l'objet d'un suivi par la CNAM qui sera en charge de l'opérationnalité du dispositif.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 221-1-2 actuel	Article L. 221-1-2 modifié
<p>Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds des actions conventionnelles.</p> <p>I. - Les ressources de ce fonds sont celles qui lui sont spécifiquement affectées par les parties conventionnelles.</p> <p>II. - Pour les médecins libéraux, le fonds peut participer au financement de l'aide mentionnée à l'<u>article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004</u> relative à l'assurance maladie.</p> <p>Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures mentionnées à l'<u>article L. 6323-1</u> du code de la santé publique, le fonds peut financer le développement professionnel continu et participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation.</p> <p>III.-A l'exception des décisions relatives au développement professionnel continu, les décisions de financement sont prises, pour chacune des professions concernées, par les parties aux conventions ou à l'accord mentionnés aux <u>articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1</u>, dans des conditions déterminées par ces conventions ou cet accord. Les décisions de financement relatives au développement professionnel continu sont prises par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>IV. - Les conditions d'application du présent article sont définies par décret.</p>	<p>I. - Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de soutien aux actions conventionnelles et à la représentation des professionnels de santé libéraux.</p> <p>Ce fonds est organisé en deux sections définies aux II et III du présent article.</p> <p>II. - La première section finance les actions conventionnelles.</p> <p>Les ressources de cette section sont celles qui lui sont spécifiquement affectées par les parties conventionnelles.</p> <p>Pour les médecins libéraux, la section peut participer au financement de l'aide mentionnée à l'<u>article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004</u> relative à l'assurance maladie.</p> <p>Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures mentionnées à l'<u>article L. 6323-1</u> du code de la santé publique, la section peut financer le développement professionnel continu et participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation.</p> <p>A l'exception des décisions relatives au développement professionnel continu, les décisions de financement sont prises, pour chacune des professions concernées, par les parties aux conventions ou à l'accord mentionnés aux <u>articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1</u>, dans des conditions déterminées par ces conventions ou cet accord. Les décisions de financement relatives au développement professionnel continu sont prises par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>III. - La seconde section contribue à financer la participation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux conventionnés à la vie conventionnelle, ainsi qu'aux concertations et consultations organisées par les pouvoirs publics.</p> <p>Cette section est alimentée :</p> <p>1° Par la fraction, prévue au I de l'article L. 4031-4 du code de la santé publique, de la contribution définie au même article ;</p> <p>2° Par une dotation de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général dont le montant est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale au regard des frais de participation des organisations aux instances conventionnelles.</p> <p>Les crédits du fonds sont répartis entre les organisations syndicales représentatives, pour chaque profession concernée, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État en fonction de leur audience ou, pour les professions mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, de leurs effectifs. Les organisations bénéficiaires établissent chaque année un rapport détaillant l'utilisation des crédits perçus dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.</p> <p>IV.- Les conditions d'application du présent article sont définies, sauf disposition contraire par décret.</p>

Code de la santé publique	
Article L. 4031-4 actuel	Article L. 4031-4 modifié
<p>Les unions régionales des professionnels de santé perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accord mentionnés à l'article L. 4031-3. La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.</p> <p>Le taux annuel de cette contribution est fixé par décret pour chacune des professions mentionnées à l'article L. 4031-1, après consultation, chacune pour ce qui la concerne, des organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale. Ce taux est fixé dans la limite du montant correspondant à 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale. Cette contribution est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.</p> <p>Les unions régionales des professionnels de santé peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers.</p> <p>Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Aux fins de soutenir la participation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux conventionnés à la vie institutionnelle, il est institué une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accords mentionnés à l'article L. 4031-3. Cette contribution est affectée au financement des unions régionales des professionnels de santé et, pour une part fixée par décret, au financement de la seconde section du fonds mentionné à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.</p> <p>Le taux annuel de cette contribution est fixé par décret pour chacune des professions mentionnées à l'article L. 4031-1, après consultation, chacune pour ce qui la concerne, des organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale. Ce taux est fixé dans la limite du montant correspondant à 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale. Cette contribution est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.</p> <p>Les unions régionales des professionnels de santé peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers.</p> <p>Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Par décision en date du 19 juin 2020, le Conseil Constitutionnel a déclaré l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP), dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, contraire à la Constitution. Le Conseil Constitutionnel a reporté la date de l'abrogation de cet article au 31 décembre 2020. Or cet article pose le cadre légal dans lequel des mesures d'isolement et de contention peuvent être mises en œuvre à l'égard d'une personne hospitalisée dans un établissement de santé assurant des soins psychiatriques sans consentement.

Sur le fond, le Conseil Constitutionnel considère que la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible. Or, si le législateur a prévu que le recours à l'isolement et à la contention ne peut être décidé par un psychiatre que pour une durée limitée, il n'a pas fixé cette limite ni prévu les conditions dans lesquelles au-delà d'une certaine durée, le maintien de ces mesures est soumis au contrôle du juge judiciaire. Il s'ensuit qu'aucune disposition législative ne soumet le maintien à l'isolement ou sous contention à une juridiction judiciaire dans des conditions répondant aux exigences de l'article 66 de la Constitution.

Il revient donc au législateur de fixer la limite de la durée de ces mesures et de prévoir le contrôle du juge en cas de maintien de ces mesures au-delà d'une certaine durée.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

Afin de tirer les conséquences de la décision du Conseil Constitutionnel, il est proposé une nouvelle rédaction de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP) afin de fixer les durées des mesures d'isolement et de contention, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2017.

Ainsi, la mesure d'isolement est prise pour une durée de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures.

La mesure de contention est prise pour une durée de six heures, dans le cadre d'une mesure d'isolement. Elle peut être renouvelée dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures.

Ces mesures ne peuvent être prolongées au-delà de ces durées qu'à titre exceptionnel. En outre, le médecin qui envisage le renouvellement de ces mesures doit en informer le juge des libertés et de la détention qui peut se saisir d'office pour y mettre fin. Le médecin en informe également les personnes visées à l'article L. 3211-12 du CSP, parmi lesquelles figure le procureur de la République, et il leur donne connaissance des modalités de saisine de ce juge. Le dispositif proposé prévoit une information systématique du juge des libertés et de la détention non seulement en cas de renouvellement de ces mesures au-delà d'une certaine durée mais aussi lorsque plusieurs mesures d'isolement ou de contention sont prises dans un délai rapproché et/ou sur une période de temps assez courte.

Le contrôle du juge des libertés et de la détention sur les mesures d'isolement et les mesures de contention a été précisé aux articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 du CSP, qui prévoient les cas de contrôle du juge des libertés et de la détention en matière de soins sans consentement.

L'article L. 3211-12 du CSP a ainsi été modifié afin de prévoir, d'une part, que le juge des libertés et de la détention peut être saisi aux fins de mainlevée de ces mesures lorsqu'elles ont été renouvelées au-delà de vingt-quatre heures, s'agissant de la mesure de contention, et de quarante-huit heures, s'agissant de la mesure d'isolement. Cette saisine est largement ouverte : elle peut être formée par l'ensemble des personnes habilitées à saisir ce juge aux fins de mainlevée d'une mesure de soins sans consentement (à savoir la personne faisant l'objet des soins, les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure, le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle elle est liée par un PACS, la personne qui a formulé la demande de soins, un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne dès lorsqu'ils sont identifiés ainsi que le procureur de la République). Le droit à un recours effectif devant le juge est ainsi garanti.

D'autre part, il est prévu à l'article L. 3211-12 du même code que le juge des libertés et de la détention peut se saisir d'office à tout moment aux fins de mainlevée des mesures d'isolement ou de contention. Cette saisine d'office peut ainsi intervenir dans le cadre d'une demande de mainlevée de la mesure de soins sans consentement ou en dehors de ce cadre procédural.

Dans tous les cas, le juge des libertés et de la détention doit statuer dans un délai de vingt-quatre heures.

L'article L. 3211-12-1 a également été modifié afin de prévoir que lorsque le juge des libertés et de la détention est saisi d'une demande de prolongation de la mesure d'hospitalisation complète, il statue également, le cas échéant, y compris d'office, sur la mesure d'isolement ou de contention.

Le dispositif retenu soumet ainsi les mesures d'isolement ou de contention à un contrôle effectif du juge des libertés et de la détention.

S'agissant de la procédure applicable, lorsque le juge des libertés et de la détention est saisi aux fins de mainlevée de ces mesures ou se saisit d'office aux fins d'examen de celles-ci, les articles L. 3211-12-2 et L. 3211-12-4 du CSP (qui prévoient la procédure applicable en appel) ont été modifiés afin de prévoir qu'il statue en principe selon une procédure écrite, sans audience, et ce compte tenu de la durée très courte des mesures et des brefs délais dans lesquels il doit

statuer. Le patient ou le demandeur peut néanmoins demander à être entendu par le juge des libertés et de la détention, auquel cas cette audition est de droit. Cette audition peut sous certaines conditions être réalisée grâce à un moyen de télécommunication audiovisuelle. Si des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à l'audition du patient, celui-ci est représenté par un avocat. Le juge des libertés et de la détention peut toujours décider, par exception, de tenir une audience s'il l'estime nécessaire.

Le dispositif prévu répond ainsi aux exigences du Conseil Constitutionnel.

b) Autres options possibles

Deux autres options possibles auraient été d'une part, de fixer des limites strictes à la mesure d'isolement et à la mesure de contention, sans possibilité de maintien au-delà, et d'autre part, de prévoir un contrôle obligatoire du juge des libertés et de la détention sur les mesures d'isolement et de contention.

Elles n'ont pas été retenues car elles n'étaient pas compatibles, respectivement, avec les contraintes organisationnelles des établissements de santé et avec celles des juridictions.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure a des conséquences sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. A ce titre, son impact sur l'ONDAM justifie sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 2° et du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Néant.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

Cette mesure est en droite ligne avec la dynamique actuelle au niveau international marquée par la promotion de la Convention des Nations Unies relative aux Droits des personnes handicapées (CIDPH), les Résolutions sur les Droits en Santé mentale émises par le Conseil des Droits de l'Homme des Nations Unies (Résolutions 32/18 du 1er juillet 2016, 36/13 du 28 septembre 2017 et projet de résolution 43/L.19), les engagements de l'OMS sur les droits et les alternatives aux pratiques d'isolement et de contention (programme QualityRights), les déclarations du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (Dainius Pūras), de la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées (Catalina Devandas-Aguilar) et du Rapporteur spécial du Conseil des droits de l'homme sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Manfred Nowak).

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La France est aujourd'hui régulièrement mise en cause par les organisations internationales pour son non-respect de cet objectif, et elle devrait l'être encore, si rien ne change d'ici-là, à l'occasion de l'examen reporté à l'an prochain de son bilan d'application de la CIDPH par l'ONU. Au niveau français, les mêmes condamnations existent (rapports du CGLPL, du Défenseur des Droits, des associations de personnes concernées et de leurs familles, rapports parlementaires, ...). La France est aujourd'hui régulièrement mise en cause par les organisations internationales pour son non-respect de ces différents objectifs, et elle devrait l'être encore, sans modification des textes en vigueur, à l'occasion de l'examen reporté en 2021 de son bilan d'application de la CIDPH par l'ONU. Les mesures d'isolement et de contention font également l'objet de nombreuses critiques sur le plan interne (rapports du CGLPL, du Défenseur des Droits, des associations de personnes concernées et de leurs familles, rapports parlementaires, ...).

c) Possibilité de codification

L'article L.3222-5-1 du code de la santé publique est rétabli dans une nouvelle rédaction et les articles L3211-12 et L3211-12-1 sont modifiés.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

L'article L.3222-5-1 du code de la santé publique est rétabli dans une nouvelle rédaction et les articles L3211-12 et L3211-12-1 sont modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Oui
Mayotte	Oui
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Oui
Saint-Pierre-et-Miquelon	Oui
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mise en œuvre du nouvel article L. 3222-5-1 nécessite des adaptations et des réorganisations rapides et en profondeur des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par l'ARS pour recevoir des patients en soins sans consentement. Des mesures d'accompagnement doivent être mises en œuvre dans des délais très courts afin que les établissements de santé soient en mesure de mettre en œuvre la loi au 1^{er} janvier 2021. Ce plan d'accompagnement doit intégrer des mesures de formation, la mise en place d'équipes d'appui intra-hospitalières de prévention de crise, des recrutements d'effectifs IDE et une amélioration des SI dédiés pour assurer le suivi et le contrôle des mesures d'isolement et de contention dans les établissements.

Les mesures d'accompagnement sont estimées à 15M€ pour 2021 à inscrire en crédits pérennes pour couvrir :

- le développement des équipes d'appui intersectorielles intra-hospitalières de prévention de crise dans les établissements désignés à recevoir des soins sans consentement qui n'en sont pas pourvus,
- le renforcement des équipes soignantes des unités de soins sans consentement en recrutant des IDE supplémentaires,
- la formation continue destinée au personnel des établissements désignés à recevoir des patients en soins sans consentement (droits des patients, gestion de la violence, renforcement des compétences...)

Le renforcement du système d'information pour améliorer le suivi des mesures d'isolement et de contention pour un total de. Ce plan d'accompagnement devra intégrer des mesures de restructurations immobilières, en lien avec les travaux sur la réforme des autorisations et la mesure Investissements pour la psychiatrie du Ségur de la Santé. **Le ministère de la justice sera également impacté financièrement par les présentes dispositions.**

Il est ainsi estimé que cette nouvelle possibilité de saisine du juge des libertés et de la détention, d'office ou par les personnes informées des mesures d'isolement et de contention, aura un impact sur **le montant de l'aide juridictionnelle accordée aux avocats en défense des intérêts des patients (entre 0,29M€ et 5,54M€) ainsi que sur les ETP de magistrats et fonctionnaires de greffe (entre 5,58 et 55,78 ETP).**

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (rectificatif)	2021	2022	2023	2024
Régime général/ROBSS/autre					
- Maladie					
- AT-MP					

- Famille					
- Vieillesse					
(Autre : Etat, CNSA, etc.)					

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

Aucun impact.

b) Impacts sociaux

Amélioration majeure des droits des patients hospitalisés en soins sans consentement et de la qualité des prises en charge.

• *Impact sur les jeunes*

Aucun impact.

• *Impact sur les personnes en situation de handicap*

Aucun impact.

c) Impacts sur l'environnement

Aucun impact.

d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Aucun impact.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

a) Impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Aucun impact.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)

L'impact est une réorganisation majeure des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés pour recevoir des patients en soins sans consentement. Les équipes devront être formées et réorganisées pour respecter les durées des mesures et les droits des patients. Le contrôle médical nécessaire aux renouvellements est accru.

L'impact est également une augmentation des saisines du JLD puisqu'il devient compétent sur les mesures d'isolement ainsi qu'une augmentation de sa charge lors de son activité de contrôle des soins sans consentement puisqu'il inclura les mesures d'isolement.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.

Aucun impact.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.

Un décret en Conseil d'Etat doit être publié conformément à l'article L.3211-12-4 modifié du code de la santé publique.

Un décret en Conseil d'Etat doit également être publié conformément à l'article L.3211-12-3 modifié du code de la santé publique.

b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (abrogé au 31 décembre 2020 – décision n°2020-844 QPC du 19 juin 2020)	Article L. 3222-5-1 nouveau code de la santé publique
<p>L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.</p> <p>Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.</p> <p>L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.</p>	<p>I. – L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.</p> <p>« II. – La mesure d'isolement est prise pour une durée de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures.</p> <p>« La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures.</p> <p>« A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées maximales prévues aux deux alinéas précédents, la mesure d'isolement ou de contention, dans le respect des autres conditions prévues aux mêmes alinéas. Le médecin informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 et leur fait part de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application des dispositions de l'article précité et des modalités de saisine de ce juge. En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures.</p> <p>« Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application des dispositions du IV de l'article L. 3211-12-1 du présent code.</p> <p>« Pour l'application du présent II, une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins quarante-huit heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. En-deçà de ce délai sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement et de contention qui la précèdent et les dispositions des premier, deuxième et troisième alinéas relatifs au renouvellement des mesures lui sont applicables.</p>

	<p>« L'information prévue au troisième alinéa du présent II est également délivrée lorsque le médecin prend une quatrième mesure d'isolement ou de contention sur une période de quinze jours.</p> <p>« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent II.</p> <p>« III. – Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, l'identifiant du patient concerné et sa date de naissance, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.</p> <p>« L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. »</p>
<p align="center">Article L. 3211-12 du CSP (version en vigueur au 1^{er} octobre 2020)</p>	<p align="center">Article L. 3211-12 modifié du CSP</p>
<p>I.-Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, quelle qu'en soit la forme.</p> <p>La saisine peut être formée par :</p> <p>1° La personne faisant l'objet des soins ;</p> <p>2° Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;</p> <p>3° La personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins ;</p> <p>4° Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;</p> <p>5° La personne qui a formulé la demande de soins ;</p> <p>6° Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;</p> <p>7° Le procureur de la République.</p> <p>Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.</p> <p>II.-Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à</p>	<p>I.- Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, quelle qu'en soit la forme.</p> <p>Il peut également être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention prise en application du troisième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1.</p> <p>La saisine peut être formée par :</p> <p>1° La personne faisant l'objet des soins ;</p> <p>2° Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;</p> <p>3° La personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins ;</p> <p>4° Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;</p> <p>5° La personne qui a formulé la demande de soins ;</p> <p>6° Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins dès lors qu'ils sont identifiés;</p> <p>7° Le procureur de la République.</p> <p>Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une mesure visée au premier alinéa du présent article ou d'une mesure d'isolement ou de contention.</p>

<p>l'article L. 3211-9 du présent code lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 du même code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.</p> <p>Le juge ne peut, en outre, décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1 du présent code.</p> <p>Le juge fixe les délais dans lesquels l'avis du collège et les deux expertises prévus au présent II doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement.</p> <p>III.-Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.</p> <p>Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.</p>	<p>II.- Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 du présent code lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 du même code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.</p> <p>Le juge ne peut, en outre, décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1 du présent code.</p> <p>Le juge fixe les délais dans lesquels l'avis du collège et les deux expertises prévus au présent II doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement.</p> <p>III.- Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, d'isolement ou de contention.</p> <p>Lorsqu'il ordonne la mainlevée de l'hospitalisation complète, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.</p>
<p>Article L. 3211-12-1 du CSP</p>	<p>Article L. 3211-12-1 modifié du CSP</p>
<p>I.- L'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le directeur de l'établissement lorsque l'hospitalisation a été prononcée en application du chapitre II du présent titre ou par le représentant de l'Etat dans le département lorsqu'elle a été prononcée en application du chapitre III du présent titre, de l'article L. 3214-3 du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, ait statué sur cette mesure :</p> <p>1° Avant l'expiration d'un délai de douze jours à compter de l'admission prononcée en application des chapitres II ou III du présent titre ou de l'article L. 3214-3 du même code. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi dans un délai de huit jours à compter de cette admission ;</p> <p>2° Avant l'expiration d'un délai de douze jours à compter de la décision modifiant la forme de la prise en charge du patient et procédant à son hospitalisation complète en application, respectivement, du dernier alinéa de l'article L. 3212-4 ou du III de l'article L. 3213-3. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi dans un délai de huit jours à compter de cette décision ;</p> <p>3° Avant l'expiration d'un délai de six mois à compter soit de toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, soit de toute décision prise par le juge des libertés et de la détention en application du présent I ou des articles L. 3211-12, L. 3213-3, L. 3213-8 ou L. 3213-9-1 du présent code, lorsque le patient a été maintenu en</p>	<p>I.- L'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le directeur de l'établissement lorsque l'hospitalisation a été prononcée en application du chapitre II du présent titre ou par le représentant de l'Etat dans le département lorsqu'elle a été prononcée en application du chapitre III du présent titre, de l'article L. 3214-3 du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, ait statué sur cette mesure :</p> <p>1° Avant l'expiration d'un délai de douze jours à compter de l'admission prononcée en application des chapitres II ou III du présent titre ou de l'article L. 3214-3 du même code. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi dans un délai de huit jours à compter de cette admission ;</p> <p>2° Avant l'expiration d'un délai de douze jours à compter de la décision modifiant la forme de la prise en charge du patient et procédant à son hospitalisation complète en application, respectivement, du dernier alinéa de l'article L. 3212-4 ou du III de l'article L. 3213-3. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi dans un délai de huit jours à compter de cette décision ;</p> <p>3° Avant l'expiration d'un délai de six mois à compter soit de toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, soit de toute décision prise par le juge des libertés et de la détention en application du présent I ou des articles L. 3211-12, L. 3213-3, L. 3213-8 ou L. 3213-9-1 du présent code, lorsque le patient a été maintenu en</p>

hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision. Toute décision du juge des libertés et de la détention prise avant l'expiration de ce délai en application du 2° du présent I ou de l'un des mêmes articles L. 3211-12, L. 3213-3, L. 3213-8 ou L. 3213-9-1, ou toute nouvelle décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale fait courir à nouveau ce délai. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi quinze jours au moins avant l'expiration du délai de six mois prévu au présent 3°.

Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention a ordonné, avant l'expiration de l'un des délais mentionnés aux 1° à 3° du présent I, une expertise soit en application du III du présent article, soit, à titre exceptionnel, en considération de l'avis mentionné au II, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. L'hospitalisation complète du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin en application des chapitres II ou III du présent titre. L'ordonnance mentionnée au présent alinéa peut être prise sans audience préalable.

Le juge fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent I doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement.

II.- La saisine mentionnée au I du présent article est accompagnée de l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement d'accueil se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

Lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au II de l'article L. 3211-12, l'avis prévu au premier alinéa du présent II est rendu par le collège mentionné à l'article L. 3211-9.

III.- Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures, afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application du II de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la première phrase du présent alinéa, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.

Toutefois, lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au II de l'article L. 3211-12, le juge ne peut décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1.

IV.-Lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué avant l'expiration du délai de douze jours prévu aux 1° et 2° du I ou du délai de six mois prévu au 3° du même I, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète est acquise à l'issue de chacun de ces délais.

Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l'expiration du délai de huit jours prévu aux 1° et 2° du I ou du délai de quinze jours prévu au 3° du même I, il constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine

hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision. Toute décision du juge des libertés et de la détention prise avant l'expiration de ce délai en application du 2° du présent I ou de l'un des mêmes articles L. 3211-12, L. 3213-3, L. 3213-8 ou L. 3213-9-1, ou toute nouvelle décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale fait courir à nouveau ce délai. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi quinze jours au moins avant l'expiration du délai de six mois prévu au présent 3°.

Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention a ordonné, avant l'expiration de l'un des délais mentionnés aux 1° à 3° du présent I, une expertise soit en application du III du présent article, soit, à titre exceptionnel, en considération de l'avis mentionné au II, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. L'hospitalisation complète du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin en application des chapitres II ou III du présent titre. L'ordonnance mentionnée au présent alinéa peut être prise sans audience préalable.

Le juge fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent I doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement.

II.- La saisine mentionnée au I du présent article est accompagnée de l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement d'accueil se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

Lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au II de l'article L. 3211-12, l'avis prévu au premier alinéa du présent II est rendu par le collège mentionné à [l'article L. 3211-9](#).

III.- Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures, afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application du II de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la première phrase du présent alinéa, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.

Toutefois, lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au II de l'article L. 3211-12, le juge ne peut décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1.

IV. – Lorsque le juge des libertés et de la détention n'ordonne pas la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il statue, le cas échéant, y compris d'office, sur le maintien de la mesure d'isolement ou de contention.

V.- Lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué avant l'expiration du délai de douze jours prévu aux 1° et 2° du I ou du délai de six mois prévu au 3° du même I, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète est acquise à l'issue de chacun de ces délais.

Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l'expiration du délai de huit jours prévu aux 1° et 2° du I ou du délai de quinze jours prévu au 3° du même I, il constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense.

tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense.	
Article L. 3211-12-2 du CSP	Article L. 3211-12-2 modifié du CSP
<p>I.- Lorsqu'il est saisi en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1 le juge, après débat contradictoire, statue publiquement. Il peut décider que les débats ont lieu ou se poursuivent en chambre du conseil s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice ou si l'une des parties le demande. Il est fait droit à cette demande lorsqu'elle émane de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.</p> <p>A l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, assistée ou représentée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office. Si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat dans les conditions prévues au présent alinéa.</p> <p>Le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal judiciaire, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal judiciaire et l'agence régionale de santé. Cette salle doit permettre d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public. Lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites, le juge, soit d'office, soit sur demande de l'une des parties, statue au siège du tribunal judiciaire. En cas de transfert de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques dans un autre établissement de santé, après que la saisine du juge des libertés et de la détention a été effectuée, l'établissement d'accueil est celui dans lequel la prise en charge du patient était assurée au moment de la saisine.</p> <p>II.- Lorsque le juge des libertés et de la détention statue dans la salle mentionnée au dernier alinéa du I, le président du tribunal judiciaire peut, en cas de nécessité, autoriser qu'une seconde audience soit tenue le même jour au siège du tribunal judiciaire.</p>	<p>I.- Lorsqu'il est saisi en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1 le juge, après débat contradictoire, statue publiquement. Il peut décider que les débats ont lieu ou se poursuivent en chambre du conseil s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice ou si l'une des parties le demande. Il est fait droit à cette demande lorsqu'elle émane de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.</p> <p>A l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, assistée ou représentée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office. Si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat dans les conditions prévues au présent alinéa.</p> <p>Le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal judiciaire, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal judiciaire et l'agence régionale de santé. Cette salle doit permettre d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public. Lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites, le juge, soit d'office, soit sur demande de l'une des parties, statue au siège du tribunal judiciaire. En cas de transfert de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques dans un autre établissement de santé, après que la saisine du juge des libertés et de la détention a été effectuée, l'établissement d'accueil est celui dans lequel la prise en charge du patient était assurée au moment de la saisine.</p> <p>II.- Lorsque le juge des libertés et de la détention statue dans la salle mentionnée au dernier alinéa du I, le président du tribunal judiciaire peut, en cas de nécessité, autoriser qu'une seconde audience soit tenue le même jour au siège du tribunal judiciaire.</p> <p>III. – Par dérogation aux dispositions du I, le juge des libertés et de la détention saisi d'une demande de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention prise en application du II de l'article L. 3222-5-1, ou qui s'en saisit d'office, statue sans audience selon une procédure écrite.</p> <p>Le patient ou, le cas échéant, le demandeur, peut demander à être entendu par le juge des libertés et de la détention auquel cas cette audition est de droit. Néanmoins, si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à l'audition du patient, celui-ci est représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.</p> <p>L'audition du patient ou, le cas échéant, du demandeur, peut être réalisée par tout moyen de télécommunication audiovisuelle ou, en cas d'impossibilité avérée, par communication téléphonique, permettant de s'assurer de son identité</p>

	<p>et garantissant la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges lorsque les conditions suivantes sont réunies :</p> <p>1° Un avis médical a attesté que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé ;</p> <p>2° Le directeur de l'établissement d'accueil s'est assuré de l'accord du patient ou, le cas échéant, du demandeur.</p> <p>Dans ce cas, le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>S'il l'estime nécessaire, le juge des libertés et de la détention peut décider de tenir une audience. Dans cette hypothèse, il est fait application des dispositions du I et du II du présent article. Le dernier alinéa du I n'est pas applicable à la procédure d'appel.</p>
<p align="center">Article L. 3211-12-4 du CSP</p>	<p align="center">Article L. 3211-12-4 modifié du CSP</p>
<p>L'ordonnance du juge des libertés et de la détention prise en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1 est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué. Le débat est tenu selon les modalités prévues de l'article L. 3211-12-2, à l'exception du dernier alinéa du I.</p> <p>L'appel formé à l'encontre de l'ordonnance mentionnée au premier alinéa n'est pas suspensif. Le premier président de la cour d'appel ou son délégué statue alors à bref délai dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Lorsque l'ordonnance mentionnée au même premier alinéa a été prise en application de l'article L. 3211-12-1, un avis rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil de la personne admise en soins psychiatriques sans consentement se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète est adressé au greffe de la cour d'appel au plus tard quarante-huit heures avant l'audience.</p> <p>Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète ou constate la mainlevée de cette mesure, le procureur de la République peut demander au premier président de la cour d'appel ou à son délégué de déclarer le recours suspensif en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Dans ce cas, l'appel, accompagné de la demande faisant état du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui, est formé dans un délai de six heures à compter de la notification de l'ordonnance à l'auteur de la saisine et transmis au premier président de la cour d'appel ou à son délégué. Celui-ci décide, sans délai, s'il y a lieu de donner à cet appel un effet suspensif en fonction du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Il statue par une ordonnance motivée qui n'est pas susceptible de recours. Le patient est maintenu en hospitalisation complète jusqu'à ce que cette ordonnance soit rendue et, si elle donne un effet suspensif à l'appel, jusqu'à ce qu'il soit statué sur le fond, sauf s'il est mis fin à l'hospitalisation complète en application des chapitres II ou III du présent titre.</p>	<p>L'ordonnance du juge des libertés et de la détention prise en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1 est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué. Le débat est tenu selon les modalités prévues aux I et II de l'article L. 3211-12-2, à l'exception du dernier alinéa du I.</p> <p>Lorsque le premier président ou son délégué est saisi d'un appel formé à l'encontre d'une ordonnance du juge des libertés et de la détention statuant sur le maintien d'une mesure d'isolement ou de contention prise sur le fondement de l'article L. 3222-5-1, il est fait application des dispositions prévues au III de l'article L. 3211-12-2. Le premier président ou son délégué statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>L'appel formé à l'encontre de l'ordonnance mentionnée au premier alinéa n'est pas suspensif. Le premier président de la cour d'appel ou son délégué statue alors à bref délai dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Lorsque l'ordonnance mentionnée au même premier alinéa a été prise en application de l'article L. 3211-12-1, un avis rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil de la personne admise en soins psychiatriques sans consentement se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète est adressé au greffe de la cour d'appel au plus tard quarante-huit heures avant l'audience.</p> <p>Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète ou constate la mainlevée de cette mesure, le procureur de la République peut demander au premier président de la cour d'appel ou à son délégué de déclarer le recours suspensif en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Dans ce cas, l'appel, accompagné de la demande faisant état du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui, est formé dans un délai de six heures à compter de la notification de l'ordonnance à l'auteur de la saisine et transmis au premier président de la cour d'appel ou à son délégué. Celui-ci décide, sans délai, s'il y a lieu de donner à cet appel un effet suspensif en fonction du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Il statue par une ordonnance motivée qui n'est pas susceptible de recours. Le patient est maintenu en hospitalisation complète jusqu'à ce que cette ordonnance soit rendue et, si elle donne un effet suspensif à l'appel, jusqu'à ce qu'il soit statué sur le fond, sauf s'il est mis fin à</p>

<p>Lorsqu'il a été donné un effet suspensif à l'appel, le premier président de la cour d'appel ou son délégué se prononce sur la demande en appel dans un délai de trois jours à compter de la déclaration d'appel. Toutefois, par une ordonnance qui peut être prise sans audience préalable, il peut, avant l'expiration de ce délai, ordonner une expertise. Il se prononce alors dans un délai de quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. En l'absence de décision à l'issue de l'un ou l'autre de ces délais, la mainlevée est acquise.</p>	<p>l'hospitalisation complète en application des chapitres II ou III du présent titre.</p> <p>Lorsqu'il a été donné un effet suspensif à l'appel, le premier président de la cour d'appel ou son délégué se prononce sur la demande en appel dans un délai de trois jours à compter de la déclaration d'appel. Toutefois, par une ordonnance qui peut être prise sans audience préalable, il peut, avant l'expiration de ce délai, ordonner une expertise. Il se prononce alors dans un délai de quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. En l'absence de décision à l'issue de l'un ou l'autre de ces délais, la mainlevée est acquise.</p>
---	--

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

L'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale prévoit depuis 1997 un versement annuel à la charge de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT/MP), au profit de la branche maladie du régime général, pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre de la sous-déclaration des AT/MP.

L'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale dispose que le montant de ce versement est fixé chaque année par la LFSS, sur la base du rapport qu'une commission, présidée par un magistrat de la Cour des comptes, remet tous les trois ans au Parlement et au Gouvernement pour évaluer le coût réel de la sous-déclaration des AT/MP pour la branche maladie. Ces travaux s'appuient sur une expertise et des compétences pluridisciplinaires, en mobilisant des profils d'économiste de la santé, d'inspection du travail et d'inspection médicale du travail, de représentants d'agences sanitaires comme Santé publique France ou l'ANSES, de praticiens désignés par les sociétés savantes concernées par les enjeux de sous-déclaration (société française du cancer, société de pneumologie, société française de médecine du travail), ainsi qu'un représentant d'Eurogip au titre notamment des comparaisons internationales. Ces travaux s'appuient par ailleurs traditionnellement sur la réalisation de nombreuses auditions, notamment des organisations patronales et syndicales représentatives. Le rapport de la commission est transmis au Parlement et au Gouvernement avant le 1^{er} juillet de l'année considérée pour que ces enseignements puissent être pris en compte dans la construction des équilibres financiers du PLFSS présenté par le Gouvernement à l'automne de la même année.

La dernière commission sur la sous-déclaration des AT/MP s'étant tenue en 2017, une nouvelle commission devait se réunir au printemps 2020 pour réévaluer le montant de la sous-déclaration des AT/MP et le montant du transfert de la branche AT/MP vers la branche maladie. Toutefois, dans le cadre de la crise sanitaire liée au coronavirus et de son impact sur l'activité administrative, il n'a pas été possible de mener les travaux de la commission de manière satisfaisante pour tenir l'échéance du 1^{er} juillet 2020. Dans ce contexte, il est proposé le report à 2021 de la tenue de cette commission et le maintien en conséquence à hauteur de 1 Md€ du transfert de la branche AT/MP vers la branche maladie pour l'exercice 2021.

La partie législative du code de la sécurité sociale fixant une échéance triennale pour les réunions de la commission, la mesure nécessite une dérogation à ces dispositions dans la partie relative aux dépenses de l'année à venir de la LFSS 2021.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

La mesure proposée déroge à titre exceptionnel aux dispositions de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale qui prévoit la réunion tous les trois ans de la commission sur la sous-déclaration des AT/MP et reporte au 1^{er} juillet 2021 la remise au Parlement et au Gouvernement du rapport de la commission.

b) Autres options possibles

Une autre option aurait consisté à reporter de quelques mois la tenue de la commission et la remise de son rapport au Gouvernement et au Parlement. Néanmoins, une remise du rapport au début de l'automne n'apparaissait pas compatible avec le calendrier d'élaboration du PLFSS, qui fixe en particulier, sur la base des travaux de la commission, le montant du versement annuel de la branche AT/MP à la branche maladie pour l'année à venir.

Pour cette raison, il est proposé de décaler au printemps 2021 les travaux de la commission sur la sous-déclaration des AT/MP.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Le report en 2021 des travaux de la commission implique l'intervention du législateur dès lors que cette mesure déroge au droit commun fixé par le code de la sécurité sociale et plus précisément à son article L. 176-2 qui prévoit la tenue tous les trois ans de la commission sur la sous-déclaration des AT/MP. La mesure en question étant relative aux travaux devant être conduits en principe en 2020 et servant de base à la fixation du montant du versement annuel de la branche AT/MP à la branche maladie et des équilibres et relations financières entre ces deux branches en 2021 et pour les années à venir, elle trouve sa place dans la quatrième partie (mesures relatives aux dépenses de l'année à venir) de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, en contribuant notamment à améliorer l'information du Parlement sur la détermination de ce montant, au titre du 1^o et du 4^o du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT/MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence de la France.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit européen, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJUE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

La mesure constituant une dérogation ponctuelle, pour l'exercice 2020, à l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, elle n'a pas vocation à être codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre-mer

Sans objet. Le transfert de la branche AT/MP à la branche maladie est opéré au niveau national.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure proposée conduit au maintien du montant de la contribution de la branche AT/MP vers la branche maladie à hauteur de 1 Md€ pour l'exercice 2021.

Les travaux de la commission ont conduit à l'évolution de l'estimation du montant de la sous-déclaration des AT/MP depuis la création de l'instance en 1997. Le montant du versement annuel de la branche AT/MP à la branche maladie a ainsi augmenté depuis les travaux de la première commission en 1997, sans caractère mécanique néanmoins : il est ainsi fixé à 1 Md€ depuis 2015 et n'a pas été modifié à la suite des travaux de la commission de sous-déclaration rendus en 2017.

L'actualisation des travaux de la commission peut servir de base à une réévaluation du montant de la sous-déclaration, même si les conclusions des rapports successifs ne s'imposent naturellement pas au législateur. De ce fait, le report de la commission en 2021 induit un report des modifications potentielles, qui pourraient découler de ces travaux, du montant du versement de la branche AT/MP vers la branche maladie pour les exercices à venir.

2. Impacts économiques, sociaux, environnementaux, en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et sur la jeunesse

a) Impacts économiques

La tenue de la commission en 2020 aurait pu conduire à une modification du transfert de la branche AT/MP vers la branche maladie à compter de 2021. La commission n'ayant pu se réunir, le maintien du niveau actuel du transfert conduira à intégrer le même montant que les années passées (depuis 2015) au taux de cotisation AT/MP, et plus précisément aux majorations dites M2 et M3 qui viennent s'ajouter au taux brut lié à la sinistralité de l'entreprise ou de son secteur d'activité.

b) Impacts sociaux

Sans objet.

- **Impact sur les jeunes**

Sans objet.

- **Impact sur les personnes en situation de handicap**

Sans objet.

- c) Impacts sur l'environnement**

Sans objet.

- d) Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes**

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

- a) Impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives**

Sans objet.

- b) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations...)**

Sans objet.

- c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociale et les administrations publiques.**

Sans objet.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

- a) Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication ; concertations prévues pour assurer la mise en œuvre.**

Sans objet.

- b) Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.**

Sans objet.

- c) Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet.

- d) Suivi de la mise en œuvre**

Sans objet.

I. Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)



CONSEIL D'ADMINISTRATION



5 octobre 2020

EXTRAIT DE RELEVÉ DE DÉCISIONS REUNION EXTRAORDINAIRE DU 5 OCTOBRE 2020

1. DEMANDE MINISTÉRIELLE D'AVIS SUR L'AVANT-PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'ANNÉE 2021

Par 8 voix contre (délégations CFE-CGC, CGT et FO), 6 prises d'acte (délégations CFTC et U2P ainsi que le représentant des professions libérales UNAPL/CNPL) et 6 voix pour (délégation CFDT ainsi que Mme ARAV, M. BORDAS et Mme VAN CAUWENBERGE, personnes qualifiées), les délégations MEDEF et CPME s'abstenant, le conseil d'administration vote majoritairement contre cet avant-projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021.

II. Caisse centrale de la mutualité agricole (CCMSA)



CCMSA

Bureau élargi du Conseil d'Administration
du 2 octobre 2020

RELEVÉ DES DÉLIBÉRATIONS DE LA RÉUNION DU BUREAU ÉLARGI DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 2 OCTOBRE 2020

Vu les articles L. 121-1 et R. 121-1 du code de la sécurité sociale, l'article L. 723-35 du code rural et de la pêche maritime, l'article R. 723-108 du code rural et de la pêche maritime et l'article 10 des statuts de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, relatifs aux pouvoirs des Conseils d'Administration ;

Vu les articles L. 723-12, L. 723-35, L. 726-1 et les articles R. 723-109, R. 723-110, R. 726-1 et R. 726-2 du code rural et de la pêche maritime, relatifs aux compétences des Comités de Protection Sociale des Salariés, de Protection Sociale des Non-Salariés et d'Action Sanitaire et Sociale ;

Vu les articles L. 152-1, L. 153-3, R. 152-2 à R. 152-6, du code de la sécurité sociale et R.724-16 à R.724-20 du code rural et de la pêche maritime, relatifs au contrôle de l'Etat sur les décisions des Conseils d'Administration ;

Vu la délégation donnée par le Conseil d'Administration le 11 juin 2015 (décision n° 87-2015) ;

Vu l'ordonnance n° 2014-1329 du 6 novembre 2014 relative aux délibérations à distance des instances administratives à caractère collégial ;

Vu l'ordonnance n° 2020-347 du 27 mars 2020 adaptant le droit applicable au fonctionnement des établissements publics et des instances collégiales administratives pendant l'état d'urgence sanitaire ;

Vu la LTC CCMSA DAJI-2020-164 du 19 mars 2020 relative aux délibérations à distance des instances à caractère collégial ;

Vu les modalités d'organisation des délibérations à distance des instances à caractère collégial présentées au Bureau de la Caisse Centrale le 3 avril 2020

M. le Président rappelle aux membres du Bureau élargi du Conseil d'Administration les modalités pratiques d'organisation de cette séance du Bureau du Conseil d'Administration qui se déroule ce jour à distance. Il rappelle que ces modalités ont déjà fait l'objet d'une présentation au Bureau du Conseil du 3 avril 2020 et qu'elles ont été communiquées par courriel à l'ensemble des membres du Conseil.

Gestion du régime et financement

■ Avis relatif au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2021

Vu la saisine du 29 septembre 2020 sur le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2021,

Le Bureau du Conseil d'Administration de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole

Concernant le financement des régimes

- exprime sa satisfaction concernant :
 - ✓ la ratification des décrets du 25 mars et du 20 mai 2020 ayant relevé pour 2020 les plafonds d'emprunt de l'ACOSS et de la CCMSA, porté pour cette dernière à 5 Mds€ ;
 - ✓ le relèvement du plafond de trésorerie de l'ACOSS à 95 Mds€ pour 2021 permettant notamment la couverture intégrale des besoins de trésorerie du régime des exploitants agricoles.

Concernant le soutien à l'autonomie

- exprime sa satisfaction quant à la création par la loi du 7 août 2020 d'une cinquième branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie ;
- eu égard à l'organisation du régime agricole en guichet unique couvrant l'ensemble des branches de la sécurité sociale, la MSA réaffirme pleinement sa volonté de gérer la 5^{ème} branche pour ses ressortissants agricoles et les bénéficiaires du SASPA, en lien étroit avec la CNSA ;
- relève par ailleurs que la CNSA peut confier par convention la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale et propose de mobiliser son front office à cet effet ;
- réaffirme le souhait de conserver pleinement sa représentation au sein du conseil de la CNSA en tant qu'organisme de sécurité sociale ;
- prend acte de l'intégration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) dans le périmètre de la branche, sans remise en cause de la gestion de cette allocation par les Caf et les MSA pour leurs allocataires respectifs.

Concernant le domaine des cotisations

- émet un avis favorable concernant les mesures relatives :
 - ✓ au prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE) en 2021 et 2022 compte tenu des impacts économiques forts liées à la crise covid19 notamment pour les secteurs agricoles très impactés par la fermeture des hôtels et restaurants. Cette mesure très attendue contribue au soutien de la compétitivité des entreprises de la production agricole dans le cadre de la reprise de l'activité ;
 - ✓ à la compensation intégrale par l'Etat de l'aide au paiement créée par la loi du 30 juillet 2020 de finances rectificatives pour 2020 pour soutenir les entreprises les plus fragilisées par la crise sanitaire ;
 - ✓ à l'extension de la prime exceptionnelle d'engagement liée au covid-19, exonérée d'impôts et de prélèvements sociaux, aux professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile ;
 - ✓ regrette toutefois que ce dispositif ne soit pas pour l'heure étendu aux personnels des Résidences autonomie-MARPA.
- prend acte :
 - ✓ de la modification du mode de calcul de l'évolution du plafond de la sécurité sociale visant principalement à sécuriser les modalités de calcul du plafond servant de référence à l'assiette de cotisations et au calcul de certaines prestations sociales ;

- ✓ de l'unification des déclarations de revenus fiscales et sociales des travailleurs indépendants non agricoles en 2020 et 2021 et de l'extension prévue en 2022 pour les non-salariés agricoles ;

appelle l'attention sur le remboursement par la MSA en 2021 des coûts de développements informatiques réalisés par la DGFIP pour le chantier d'unification agricole. La mise en place de ce dispositif nécessitera la signature d'une convention financière et de contrats de services techniques entre la MSA et la DGFIP.

- ✓ de la possibilité pour les particuliers d'opter pour une déclaration très simplifiée de leurs revenus auprès du régime général des salariés sans recourir à une démarche de création d'entreprise, dès lors que leurs revenus n'excèdent pas un certain seuil ;
souligne que l'ouverture de cette possibilité aux particuliers qui fournissent des services rémunérés de manière ponctuelle pourrait avoir un impact sur des activités de services tels les travaux de jardinage qui relèvent du régime agricole ; en outre une telle ouverture pourrait constituer une concurrence vis-à-vis des professionnels du paysage ; d'autre part ces activités présentent potentiellement un risque important d'accidentologie qui nécessite un exercice professionnel et une prévention des risques professionnels adaptée ;
demande en conséquence que le texte précise que les activités de relevant du régime agricole sont exclues de ce dispositif.

- Regrette que la mise en place à compter de 2022 pour les non-salariés agricoles d'une obligation de déclaration et de versement dématérialisée des cotisations et contributions sociales (sans condition de seuil), sous peine d'application de majorations, ne tienne pas compte de la présence de zones blanches.

A cet égard, la MSA marque sa volonté de voir appliquer cette mesure avec bienveillance vis-à-vis des NSA dans l'impossibilité de procéder au versement dématérialisé en raison de contraintes techniques liées au fonctionnement des réseaux de communication.

Concernant le domaine santé

- émet un avis favorable sur les principales mesures relatives à la mise en œuvre des engagements du Ségur de la santé, notamment :
 - ✓ la revalorisation des carrières des personnels non médicaux dans les établissements de santé et les EHPAD ;
 - ✓ la relance de l'investissement pour la santé et la poursuite de la réforme du financement des établissements de santé ;
 - ✓ l'expérimentation sur 5 ans à l'échelle territoriale d'un modèle mixte de financement des activités hospitalières de médecine combinant une part de financement à l'activité, une part de financement dit populationnel et une part de financement à la qualité ;
 - ✓ la pérennisation et développement des maisons de naissance en tenant compte du besoin local ;
 - ✓ le soutien au développement des hôtels hospitaliers qui contribuent à faciliter l'accès aux soins dans certains territoires ;
 - ✓ la prolongation de prise en charge à 100% à titre dérogatoire par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations jusqu'à la fin de l'année 2022, afin de laisser le temps aux partenaires conventionnels de redéfinir les conditions du recours à cette pratique et aux professionnels de santé de s'équiper des outils et solutions techniques permettant sa gestion dans le droit commun.
- marque sa grande satisfaction quant à la mesure visant à expérimenter pendant 3 ans sur le territoire de quatre services de santé au travail relevant des MSA, une évolution des compétences des infirmiers de santé au travail dans le cadre des protocoles organisationnels et de coopération entre professionnels de santé.

- émet un avis favorable sur les mesures portant sur :
 - ✓ l'allongement la durée du congé paternité et d'accueil de l'enfant aussi bien pour les salariés que pour les non-salariés, qui contribue au bien être de la mère et de l'enfant et à la parité ;
 - ✓ le relèvement du plafond de ressources de l'ASI (allocation supplémentaire invalidité) à 800€ par mois à compter d'avril 2021 et prend acte du transfert du financement de cette allocation à l'assurance maladie accompagné de l'affectation d'une fraction de TVA ;
 - ✓ le versement par la CNSA aux conseils départementaux d'une aide de 80M€ destinée à financer en partie une prime Covid pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), en contrepartie d'une contribution financière au moins égale de la part des conseils départementaux ;
souhaite que les Résidences Autonomie - MARPA soient pleinement intégrées dans ce dispositif, seules quelques-unes ayant jusqu'ici bénéficié d'aides ponctuelles de certains conseils départementaux ;
 - ✓ l'adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave permettant une plus grande réactivité pour répondre aux besoins urgents ;
 - ✓ le renforcement de la qualité des prestations de soins à domicile passant par le renforcement du mécanisme de conventionnement entre les prestataires et l'assurance maladie et la mise en place d'une certification qualité ;
 - ✓ la refonte de l'actuel système d'accès et de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'ATU ou de RTU ; à cet égard, la MSA réitère sa proposition consistant à fournir des référentiels médicaux spécialisés pour chaque produit concerné par une RTU.
- prend acte des mesures concernant :
 - ✓ la création d'une contribution exceptionnelle pour 2020 et 2021 des organismes complémentaires santé (OC) aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au titre de 2020 s'appuyant sur le mécanisme de déclaration et de recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et dont le produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie ;
 - ✓ la prolongation de la convention médicale actuelle arrivant à échéance le 24 octobre 2021 après les élections professionnelles.

Gestion de l'Institution**■ Décision concernant un modèle type de convention entre la CCMSA et la MSA intitulé « Convention appel à projets, proposer un service de répit à domicile pour les aidants »**

Vu l'article 10 des statuts,

Vu la décision n° 158-2020 relative à la validation des projets Bulle d'air à soutenir dans le cadre du programme OB3,

Considérant que dans le cadre du projet d'essai de services de répit à domicile de type Bulle d'air et des résultats de l'appel à projet « Objectif Bulles 3 », la CCMSA accompagnera, sur la période 2020-2022, sept nouvelles caisses dans le déploiement sur leur territoire d'un service de répit à domicile pour les proches aidants,

Le Bureau du Conseil d'Administration décide,

- de la conclusion du modèle type de convention entre la CCMSA et la MSA intitulé « Convention appel à projets, proposer un service de répit à domicile pour les aidants » tel que proposé.

Le Président



M. Pascal CORMERY

Le Directeur Général



M. François-Emmanuel BLANC

III. Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)




Caisse Nationale

**Le Président du
Conseil de la Cnam**

Date : 05 octobre 2020

Monsieur le Ministre
des solidarités et de la Santé
Direction de la Sécurité Sociale
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

SG/MDI/ ML-D-2020-2618

Affaire suivie par :  mdi.cnam@assurance-maladie.fr

OBJET : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

Monsieur le Ministre,

Vous avez sollicité l'avis du conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie sur le projet de texte examiné lors de sa séance du lundi 5 octobre 2020.

Le Conseil s'est prononcé sur ce texte par 12 voix défavorables (CGT, CGT-FO, CFE-CGC, FNMF, FNATH), 6 voix favorables (CFDT, UNAF, FAGE, M. CORONA), 6 prises d'acte (CFTC, UNAASS, U2P) et 10 abstentions (MEDEF, CPME).

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Fabrice GOMBERT
Président du Conseil de la Cnam

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
50, avenue du Professeur André Lémierre - 75986 Paris Cedex 20
www.ameli.fr




Caisse Nationale

**Le Président du
Conseil de la Cnam**

Date : 05 octobre 2020

Monsieur le ministre
délégué auprès du ministre de l'Économie,
des Finances et de la Relance, chargé des
Comptes publics
Direction du budget
TELEDOC : 275 - Bâtiment A
Bureau 6BCS
139 rue de Bercy
75572 PARIS CEDEX 12

SG/MDI/ML -D-2020-2618

Affaire suivie par :  mdi.cnam@assurance-maladie.fr

OBJET : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

Monsieur le ministre,

Vous avez sollicité l'avis du conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie sur le projet de texte examiné lors de sa séance du lundi 5 octobre 2020.

Le Conseil s'est prononcé sur ce texte par 12 voix défavorables (CGT, CGT-FO, CFE-CGC, FNMF, FNATH), 6 voix favorables (CFDT, UNAF, FAGE, M. CORONA), 6 prises d'acte (CFTC, UNAASS, U2P) et 10 abstentions (MEDEF, CPME).

Je vous prie de croire, Monsieur le ministre, à l'assurance de ma haute considération.

**Fabrice GOMBERT
Président du Conseil de la Cnam**

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
50, avenue du Professeur André Lémierre - 75986 Paris Cedex 20
www.ameli.fr

IV. Caisse nationale de l'assurance vieillesse (CNAV)



Le Président du Conseil d'administration de la CNAV

à

Monsieur le Ministre des solidarités et de la santé

Vos/Réf. :

Direction de la Sécurité sociale
SD5-5A
Isabelle TOUYA

Paris, le 5 octobre 2020

Contact :

Secrétariat du Conseil d'administration de la CNAV
Tél. 01 55 45 54 44
conseils-et-commissions@cnav.fr

A l'attention de Monsieur Franck VON LENNEP, Directeur de la Sécurité sociale

Monsieur le Ministre,

Par lettre du 29 septembre 2020, le Ministère de l'économie, des finances et de la relance, le Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion et le Ministère des solidarités et de la santé ont transmis pour avis, dans le délai prévu à l'article R. 200-4 du code de la sécurité sociale, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021.

J'ai l'honneur de vous informer que ce projet de loi a été examiné par la Commission d'étude de la législation de l'assurance vieillesse qui s'est tenue le 2 octobre 2020, puis par le Conseil d'administration de ce jour qui, à la majorité, a émis un avis défavorable sur ce projet de texte.

En effet, les délégations CGT (3 voix), CGT-FO (3 voix) et CFE-CGC (2 voix), soit au total 8 voix, ont émis un avis négatif, tandis que le groupe CFDT (3 voix), ainsi que M. AQUINO, Mme FAYARD et Mme MEYER-MEURET, personnes qualifiées, soit au total 6 voix, ont émis un avis positif, que les délégations CFTC (2 voix) et U2P (3 voix) ont pris acte et que les groupes MEDEF (7 voix) et CPME (3 voix) se sont abstenus.

Je vous prie de trouver jointes à ce courrier les motivations formulées par les diverses composantes du Conseil d'administration à l'appui de leur position.

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Le Président
du Conseil d'administration :

Gérard RIVIERE

Caisse nationale d'assurance vieillesse
110, avenue de Flandre
75951 Paris cedex 19



V. Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)

Cnaf
Conseil d'administration
du 5 octobre 2020

RELEVÉ D'AVIS

- Avant-projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021

Par :

- 9 voix pour (3 Cfdt, 5 Unaf, 1 personne qualifiée (Mme Vignau)),
- 8 voix contre (3 Cgt, 3 Cgt/Fo, 2 Cfe/Cgc),
- 5 prises d'acte (2 Cftc, 3 U2p),
- 11 abstentions (3 Cpme, 1 Cnpl/Unapl, 6 Medef, 1 personne qualifiée (Mme Fromageau)),

le conseil d'administration émet un avis favorable sur l'avant-projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021.

VI. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

PLFSS 2021 AVIS DES PARTIES PRENANTES DU CONSEIL DE LA CNSA

Le conseil de la CNSA a été saisi pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Le PLFSS 2021 est marqué par un contexte sans précédent qui affecte l'ensemble des équilibres sanitaires, économiques et sociaux.

De nouveaux risques mettent sous tension nos capacités de réponse collective pour accompagner l'autonomie de nos concitoyens confrontés à la maladie chronique, au handicap et aux conséquences de l'avancée en âge. Ils touchent encore de façon persistante les personnes les plus fragiles.

La crise épidémique que nous vivons montre nos fragilités individuelles et collectives.

Après l'adoption de la loi organique du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, le PLFSS pour 2021 marque une étape supplémentaire en donnant à la 5^{ème} branche de protection sociale un premier cadre opérationnel. Son objet est de transformer notre système de protection sociale en donnant à chacun, par la solidarité nationale, quel que soit son âge ou sa situation de handicap, les moyens d'exercer pleinement sa citoyenneté selon ses choix par des réponses domiciliaires dans une société inclusive, ouverte à tous.

Les parties prenantes du conseil de la CNSA saluent cette avancée majeure.

Elles prennent en compte les points marquants du projet de loi de financement :

- la concrétisation des engagements pris dans le cadre du Ségur de la Santé ;
- la concrétisation de certains engagements pris dans le cadre de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) ;
- la volonté de renforcer les amortisseurs sociaux face à la crise ;
- sa résilience sur les conséquences de la crise pour les équilibres de notre système de protection sociale.

Les parties prenantes soulignent toutefois :

- que la 5^{ème} branche, à l'équilibre par construction, devra voir ses ressources soutenues face aux conséquences à moyen-long terme de la crise COVID ;
- que la branche devra voir ses ressources renforcées et pérennisées pour adapter sa capacité à gérer le risque dans la perspective de l'évolution des besoins de financement de l'autonomie (nécessaire actualisation du financement des politiques de l'âge et du handicap) et de leur revalorisation. Elles rappellent par ailleurs leur avis constant sur la gestion du déficit de la sécurité sociale et sur l'apurement de la dette sociale qui se reconstitue du fait de la crise : le déficit des comptes sociaux présenté par le PLFSS pour 2021 n'est pas une production exclusivement endogène au système de sécurité sociale. Il découle pour une large part de la pandémie qui conduit l'Etat à prendre des dispositions exceptionnelles de compensation en matière de soutien à l'activité (à ce stade jusqu'au printemps 2021).

Elles regrettent que l'ambition *domiciliaire* portée par le gouvernement ne soit pas traduite dans les mesures financières portées par cet avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale.

En l'absence d'annonces précises sur la date d'examen de la loi Grand-âge autonomie et sur son contenu, sur les modalités futures de la gouvernance territoriale de la politique de l'autonomie et du financement de la protection sociale face à l'évolution démographique (Rapports Libault, El Khomri, Dufeu-Schubert), la trajectoire de financement reste hypothétique. Les parties prenantes demandent instamment que la réforme soit programmée sans délai afin que sa mise en œuvre prenne effet dès 2021.

De ce flou et du décalage du calendrier naît une distorsion entre les revalorisations salariales accordées d'une part aux EHPAD – dont les parties prenantes se félicitent – et l'absence de réponse aux organisations et acteurs du domicile alors qu'ils se trouvent en grande tension et rencontrent des difficultés financières majeures. Plus largement, l'organisation d'ensemble du secteur médico-social se trouve renvoyée à des dispositions futures éventuelles, non programmées.

Les parties prenantes expriment une nouvelle fois, avec force, leur soutien au secteur du domicile dont le rôle est déterminant pour la mise en œuvre de la politique de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. La crise COVID montre combien, la politique publique, pour être efficace, doit sortir des cloisonnements entre l'hôpital, la médecine de ville, les établissements médico-sociaux et le domicile.

La réaffectation des 50 millions initialement prévus pour l'amorçage de la réforme de la tarification des SAAD à une prime COVID dont l'effectivité n'est à ce jour pas garantie dans tous les territoires, est un mauvais signal pour les professionnels du domicile.

Alors que le gouvernement affiche une forte ambition domiciliaire, le conseil déplore qu'aucune mesure de soutien sectoriel ne soit présentée dans cet avant-projet de loi de financement pour permettre dès 2021 les revalorisations des salaires des professionnels du domicile, la prise en compte des surcoûts RH occasionnés par la crise COVID et enfin l'augmentation du nombre des personnels en établissement et à domicile.

Le projet de loi comporte diverses dispositions sur lesquelles les parties prenantes du conseil de la CNSA fondent leur avis :

1 – La réponse apportée par notre système de protection sociale dans le contexte de la crise sanitaire ;

- En 2020, 15 Mds€ de dépenses exceptionnelles ont été engagées par l'assurance maladie : la progression de l'ONDAM 2020 a ainsi été relevée à 7,6% pour tenir compte notamment des besoins de financement de la crise sanitaire.
- En 2021, 4,3 Md€ de provision sont intégrés dans l'ONDAM au titre des tests, vaccins, masques et autres EPI.

Les parties prenantes prennent acte du taux d'évolution de l'ONDAM pour 2021. Elles regrettent le niveau de progression de l'ONDAM Médico-Social PH (+0,9%) qui ne traduit pas un volontarisme suffisant pour la création de places pour tous nos concitoyens aujourd'hui encore sans solution.

2 – La contribution du PLFSS à la mise en œuvre du Ségur de la santé ;

L'engagement de mise en œuvre du Ségur de la Santé trouve sa concrétisation dans le PLFSS 2021, par des revalorisations salariales que saluent les parties prenantes du conseil de la CNSA.

- Les revalorisations salariales :

Les revalorisations salariales procèdent d'une revalorisation sociale. Elles prévoient une augmentation de 183 € nets par mois au sein des établissements de santé et EHPAD publics (+90 € applicable au 1^{er} septembre 2020 ; +93 € au 1^{er} mars 2021) et de 160 € nets par mois pour le secteur privé lucratif.

Ce complément de traitement indiciaire constitue de fait une mesure de revalorisation salariale inédite par son montant et son périmètre puisque sont concernés, au-delà des personnels hospitaliers, les personnels des EHPAD quel que soit leur statut (titulaire ou contractuel, soignant ou non soignant).

La prise en compte du nouveau complément de traitement indiciaire dans le calcul des droits à la retraite des agents bénéficiaires est de même une avancée importante.

Pour les établissements privés à but non lucratifs et commerciaux, des accords conventionnels devront être conclus en ce sens par les partenaires sociaux dès 2020 pour mettre en œuvre la revalorisation salariale.

S'agissant spécifiquement des EHPAD, les revalorisations salariales seront financées en intégralité par la CNSA, via la section « soins », de manière à éviter l'augmentation du reste-à-charge des résidents.

Si les parties prenantes se félicitent de ces dispositions, elles soulignent cependant avec force que les personnels des SAAD, des SSLAD, des résidences autonomie comme ceux des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le champ du handicap se trouvent de fait exclus des mesures de revalorisation salariales, faute d'avoir élargi le périmètre du Ségur de la santé, comme le demandaient instamment les fédérations et les associations.

Il en résulte un déséquilibre de traitement manifeste et un contre signal pour le secteur et les personnels qui ont pris une part déterminante dans la crise aux côtés des personnes en situation de handicap.

- Un soutien volontariste à l'investissement :

Le PLFSS pour 2021 matérialise également le plan de 19Md€ prévu dans les conclusions du Ségur visant à redonner aux établissements de santé et médico-sociaux les marges financières nécessaires à l'investissement.

Le plan de 19Md€ comporte deux volets :

La mobilisation de crédits d'un montant équivalent au refinancement d'un tiers de la dette des établissements assurant le service public hospitalier (soit 13 Md€) ;

Un programme d'aides à l'investissement en santé d'un montant total de 6 Md€ concernant les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et le numérique. Il se fixe notamment la transformation, la rénovation et l'équipement dans les établissements médico-sociaux à hauteur de 2,1 Md€ sur 5 ans :

- 1,5 Md€ destinés à transformer les établissements les plus vétustes, dont 300 M€ en 2021 ;
- 600 M€ destinés à l'équipement numérique, dont 100 M€ en 2021.

Les parties prenantes du conseil de la CNSA prennent acte de cet effort de financement de l'investissement dans les ESMS et sont tout particulièrement attentives à son volet numérique, condition de l'amélioration de la réponse aux personnes.

Elles soulignent par ailleurs l'importance de la transition domiciliaire de nos réponses médico-sociales (individuelles ou collectives) pour la vie autonome de nos concitoyens. Cette dimension structurante est absente du PLFSS pour 2021 notamment dans les mesures d'investissement.

Le développement des nouvelles formes d'habitat, en particulier l'habitat inclusif, l'accueil familial, selon les préconisations du rapport *Piveteau-Wolform* ne font l'objet d'aucune disposition spécifique. Cela repousse les perspectives de leur mise en œuvre alors qu'elles constituent une voie importante pour l'égalité des chances.

3 - La matérialisation de la 5^{ème} branche de sécurité sociale ;

Par la loi organique du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, une nouvelle branche est introduite au sein du régime général. La CNSA en assure le pilotage et la gestion dès 2021.

À compter de 2024, elle sera dotée de financements nouveaux par la réaffectation à la CNSA d'une fraction de CSG (0,15 points soit 2,3Md€) détenue par la CADES.

Bénéficiant de recettes propres, la politique de l'autonomie fera désormais l'objet d'une discussion annuelle dans le cadre de l'examen des lois de financement de la sécurité sociale ainsi que la trajectoire pluriannuelle de l'effort de la Nation en faveur de l'autonomie.

Par ailleurs, le PLFSS pour 2021 dote la 5^{ème} branche de 2,5Md€ de mesures nouvelles pour le soutien à l'autonomie, dont le 1,4Md€ au titre des revalorisations salariales dans les EHPAD.

Les parties prenantes du conseil soulignent l'importance de ces dispositions et se félicitent de retrouver les orientations qu'elles ont elles-mêmes retenues dans le cadre de leurs travaux au sein du conseil de la CNSA et que retracent les chapitres prospectifs pour 2018, 2019 et 2020 : universalité (grâce à une meilleure équité territoriale), qualité renforcée de l'offre d'accompagnement, renforcement des politiques transversales du handicap et du grand âge, démocratie avec un examen annuel de la politique de l'autonomie et des conditions de son financement à long terme dans le cadre des LFSS.

Elles soulignent cependant la nécessité d'une approche volontariste du futur périmètre de la cinquième branche, afin de lui donner une capacité de pilotage renforcée par le décloisonnement et la transversalité. Elles soulignent à cet égard l'intérêt du rapport Vachey qui envisage un périmètre élargi plus conforme à l'ambition que doit se fixer la 5^{ème} branche autonomie au sein de notre système de protection sociale. Elles forment le vœu que le débat parlementaire permette de faire évoluer le *périmètre socle* de la 5^{ème} branche défini dans le cadre du projet de loi de financement présenté par le gouvernement.

VII. Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP)




La Présidente
de la CAT/MP

Date 05 Octobre 2020

Monsieur le Ministre
des solidarités et de la Santé
Direction de la Sécurité Sociale
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

SG/MDI/ML -D-2020-2798

Affaire suivie par :  mdi.cnam@assurance-maladie.fr

OBJET : PLFSS 2021

Monsieur le Ministre,

Vous avez sollicité l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles sur le projet de texte examiné lors de sa séance du lundi 5 octobre 2020.

La Commission s'est prononcée sur ce texte par 3 voix défavorables (CGT, CGT-FO, CFE-CGC), 2 prises d'acte (CFTC, U2P), 1 voix favorable (CFDT) et 4 abstentions (MEDEF, CPME).

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'LAETITIA ASSALI'.

Laetitia ASSALI
La Présidente de la Commission AT-MP

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
50, avenue du Professeur André Lémierre - 75986 Paris Cedex 20
www.ameli.fr



Caisse Nationale

La Présidente
de la CAT/MP

Date 5 octobre 2020

Monsieur le ministre
délégué auprès du ministre de l'Économie,
des Finances et de la Relance, chargé des
Comptes publics
Direction du budget
TELEDOC : 275 - Bâtiment A
Bureau 6BCS
139 rue de Bercy
75572 PARIS CEDEX 12

SG/MDI/ ML-D-2020-2798

Affaire suivie par :  mdi.cnam@assurance-maladie.fr

OBJET : PLFSS 2021

Monsieur le ministre,

Vous avez sollicité l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles sur le projet de texte examiné lors de sa séance du lundi 5 octobre 2020.

La Commission s'est prononcée sur ce texte par 3 voix défavorables (CGT, CGT-FO, CFE-CGC), 2 prises d'acte (CFTC, U2P), 1 voix favorable (CFDT) et 4 abstentions (MEDEF, CPME)

Je vous prie de croire, Monsieur le ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Laetitia ASSALI
La Présidente de la Commission AT-MP

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
50, avenue du Professeur André Lémierre - 75986 Paris Cedex 20
www.ameli.fr



La Présidente
de la CAT/MP

Date 5 octobre 2020

Madame la Ministre
du Travail
Direction générale du travail
39 Quai André Citroën
75015 PARIS

SG/MDI/ML-D-2020-2798

Affaire suivie par :  mdi.cnam@assurance-maladie.fr

OBJET : PLFSS 2021

Madame la Ministre,

Vous avez sollicité l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles sur le projet de texte examiné lors de sa séance du lundi 5 octobre 2020.

La Commission s'est prononcée sur ce texte par 3 voix défavorables (CGT, CGT-FO, CFE-CGC), 2 prises d'acte (CFTC, U2P), 1 voix favorable (CFDT) et 4 abstentions (MEDEF, CPME)

Je vous prie de croire, Madame la Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Laetitia ASSALI
La Présidente de la Commission AT-MP

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
50, avenue du Professeur André Lémierre - 75006 Paris Cedex 20
www.ameli.fr

VIII. Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI)

CONSEIL DE LA PROTECTION
SOCIALE DES TRAVAILLEURS
INDÉPENDANTS

Secrétariat général

Monsieur Franck VON LENNEP
Directeur de la Sécurité Sociale
Ministère des Solidarités et de la Santé
14 avenue Duquesne
75007 PARIS

Montreuil, le 2 octobre 2020

Monsieur le Directeur,

Veillez trouver, ci-dessous, un extrait du relevé de délibérations de l'Assemblée générale du CPSTI réunie en audioconférence le 2 octobre 2020.

...

V. AVIS SUR LE PLFSS POUR 2021 ET PROPOSITIONS DU CPSTI

L'Assemblée générale du CPSTI s'est abstenue d'émettre un avis sur le PLFSS pour 2021 par 10 voix (dont 8 voix au titre de la CPME et 2 voix au titre du MEDEF). 9 Conseillers ont pris acte du projet de loi (dont 7 voix au titre de l'U2P et 2 voix au titre de la CNPL).

Les déclarations des organisations professionnelles concernant ce vote sont jointes en Annexe 1.

Les membres de l'Assemblée générale ont également décidé, par un vote à l'unanimité, de joindre à leur délibération les propositions d'amélioration de la protection sociale des travailleurs indépendants figurant en *Annexe 2* ainsi qu'une délibération relative à la mise en place d'un site internet commun ambitieux pour la protection sociale des travailleurs indépendants (cf. *Annexe 3*).

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de ma considération distinguée.

La Présidente



Sophie DUPREZ

IX. Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)




Caisse Nationale

Le Président du
Conseil de l'Uncam

Date : 5 octobre 2020

Monsieur le Ministre
des Solidarités et de la Santé
Direction de la Sécurité sociale
14, avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

SG/MDI/MD-MLG-D-2020-2622

Affaire suivie par :  mdi.cnam@assurance-maladie.fr

OBJET : Extrait d'urgence

Monsieur le Ministre,

Vous avez sollicité l'avis du Conseil de l'union nationale des caisses d'assurance maladie sur le projet de loi qu'il a examiné lors de sa séance du lundi 5 octobre 2020.

- **Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021**

Le Conseil s'est prononcé sur le PLFSS 2021 par 5 voix favorables (CFDT, CCMSA), 3 voix défavorables (CGT, CGT-FO, CFE-CGC), 2 prises d'acte (CFTC, U2P) et 8 abstentions (MEDEF, CPME, CPSTI).

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Fabrice GOMBERT
Président de l'UNCAM

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
50, avenue du Professeur André Lémierre - 75986 Paris Cedex 20
www.ameli.fr




Caisse Nationale

**Le Président du
Conseil de l'Uncam**

Date : 5 octobre 2020

Monsieur le Ministre
de l'Action et des Comptes publics
Direction du budget
TELEDOC : 275 - Bâtiment A
Bureau 6BCS
139, rue de Bercy
75572 PARIS CEDEX 12

SG/MDI/MD-MLG-D-2020-2622

Affaire suivie par :  mdi.cnam@assurance-maladie.fr

OBJET : Extrait d'urgence

Monsieur le Ministre,

Vous avez sollicité l'avis du Conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur le projet de loi qu'il a examiné lors de sa séance du lundi 5 octobre 2020.

- **Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021**

Le Conseil s'est prononcé sur le PLFSS 2021 par 5 voix favorables (CFDT, CCMSA), 3 voix défavorables (CGT, CGT-FO, CFE-CGC), 2 prises d'acte (CFTC, U2P) et 8 abstentions (MEDEF, CPME, CPSTI).

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

**Fabrice GOMBERT
Président de l'UNCAM**

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
50, avenue du Professeur André Lémierre - 75986 Paris Cedex 20
www.ameli.fr

X. Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (UNOCAM)



Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

Délibération n° CONS. – 26 – 5 octobre 2020 – Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021

Par un courrier en date du 29 septembre 2020, notifié par voie électronique le même jour, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) a été saisie par la Direction de la Sécurité sociale (DSS), en application de l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021.

Aux termes de cet article, l'UNOCAM « rend un avis public et motivé sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale ».

Lors de sa réunion du 5 octobre 2020, le Conseil de l'UNOCAM a adopté, à la majorité, le présent avis. Cet avis porte, d'une part, sur l'économie générale du PLFSS pour 2021 et, d'autre part, sur les dispositions du projet de loi de financement qui intéressent particulièrement les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM).

1. Éléments de contexte et de cadrage du PLFSS pour 2021

1.1 Situation des comptes sociaux en 2020 et perspectives pour 2021

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2021 est à tous égards un texte d'exception : c'est le premier PLFSS intervenant après la crise sanitaire, économique et sociale sans précédent liée à l'épidémie de la COVID-19 qui touche l'ensemble des pays du monde depuis mars 2020.

La crise à laquelle notre pays est confronté s'est traduite par « un choc imprévisible, d'une ampleur et d'une brutalité inédite »¹ depuis 1945. Elle a conduit à une « dégradation exceptionnelle de la situation économique » en 2020 : un recul de 10% du PIB en volume et une contraction de la masse salariale du secteur privé de 7,9%. En conséquence, la situation des comptes publics est très fortement détériorée avec un déficit public de 10,2% du PIB et une dette à 117,5% du PIB fin 2020, bien au-delà de la barre symbolique des 100%.

¹ Selon les termes employés par la Banque de France.

De même, la Sécurité sociale a joué son rôle d'amortisseur de crise au prix d'un creusement très important de son déficit qui atteindrait 44,4 Mds€ en 2020 (toutes branches du régime général y compris Fonds de solidarité vieillesse) (après 52 Mds€ projetés en juin 2020) dont 29,8 Mds€ pour la seule branche maladie.

Alors que le contexte international reste très incertain, les pouvoirs publics tablent sur un « rebond marqué en 2021 » et ont construit le PLF et le PLFSS pour 2021 sur des hypothèses macroéconomiques volontaristes pour l'an prochain (+8% PIB en volume, +6,8% de masse salariale du secteur privé et une inflation toujours faible à +0,6%). Néanmoins, « les incertitudes demeurent exceptionnellement élevées et fragilisent les exercices de prévisions », comme le souligne le Haut Conseil des finances publiques dans son récent avis².

Dans le cadre du PLFSS pour 2021, les pouvoirs publics annoncent une politique d'investissement dans le système de santé, prévoient la poursuite de la mobilisation du système de soins autour de la lutte contre l'épidémie, posent les premières pierres de la construction de la nouvelle branche autonomie³ (gouvernance, objectif des dépenses de la branche autonomie, premières mesures financières) et annoncent de nouvelles mesures (allongement du congé paternité notamment).

L'an prochain, les comptes sociaux resteraient à un niveau très dégradé avec un déficit de l'ordre de -26,4 Mds € pour le régime général et le FSV. « Une réflexion sur les mesures nécessaires à une trajectoire de maîtrise des dépenses sociales sera engagée dans un second temps, une fois le pic de la crise surmonté » explique le dossier de presse du PLFSS. À noter, enfin, que près de 136 Mds€ de déficit ont été transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) prolongeant de dix ans, soit jusqu'à 2033 environ, sa durée de vie⁴.

2.2 Focus sur la situation de la branche maladie

L'année 2020 devrait être marquée par un creusement inédit du déficit de la branche maladie avec 29,8 Mds€ qui s'explique par un effet de ciseaux conjuguant des « pertes considérables de recettes » (-5,3%) et de « dépenses exceptionnelles » pour permettre au système de soins de faire face à la crise sanitaire (+7,9%).

L'ONDAM 2020 (avec COVID et avec Ségur) progresserait de 7,6%, un niveau jamais atteint depuis la création de l'ONDAM (soit +10,1 Mds€), au lieu de 2,45% prévus en LFSS pour 2020. Les dépenses exceptionnelles engagées pour faire face à l'épidémie de l'ordre de 15,1 Mds€⁵ seraient partiellement compensées, d'une part, par une sous-exécution des soins de ville⁶ de l'ordre de 4,3 Mds€ et, d'autre part, par une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'1 Md€ en 2020 (cf. *infra*). Il convient toutefois de faire observer que certains postes de soins de ville sont

² - <https://www.hc.fg.fr/liste-avis/avis-ndeg2020-5-loi-de-finances-2021>

³ - Le principe de cette nouvelle branche a été posé par la loi n°2020-992 du 7 août 2020 mais des textes dédiés sont annoncés pour 2021.

⁴ - Loi n°2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie

⁵ - Et notamment, dotation supplémentaire à Santé Publique France, surcoûts liés aux tests, aux indemnités journalières, compensation pertes d'activité pour les professionnels de santé...

⁶ - moindres remboursements au titre des honoraires médicaux, dentaires...

repartis à la hausse à partir de juin 2020, ce qui laisse augurer un effet de rattrapage dont l'ampleur n'est pas encore connue.

En 2021, la branche maladie devrait rester très déficitaire de l'ordre de 19 Mds€, avec un haut niveau d'incertitude tant sur le niveau des recettes que des dépenses. L'ONDAM 2021 (avec COVID et avec Ségur) est fixé à 3,5%, tenant compte de 12,5 Mds€ de dépenses supplémentaires notamment au titre de la traduction des mesures Ségur, 4 Mds€ des mesures de régulation et 500 M€ de taxe sur les OCAM (cf. infra). Par ailleurs, le PLFSS engage un plan d'investissement de 19 Mds€ pour les établissements de santé et médico-sociaux (reprise partielle de la dette des hôpitaux à hauteur de 13 Mds€, investissements sur divers hospitaliers de 6 Mds€...).

L'UNOCAM constate la dégradation inédite et sans doute durable des comptes de la Sécurité sociale qui a joué son rôle d'amortisseur dans la période et prend acte des nouvelles projections réalisées par les pouvoirs publics dans un contexte très incertain.

La crise que nous traversons a rappelé combien la santé était un bien supérieur, une priorité collective dans un pays développé et un enjeu stratégique dans un environnement mondialisé. En rupture avec l'approche qui a prévalu au cours de ces dernières années, ce PLFSS prévoit un investissement dans notre système de santé, notamment en faveur des personnels et des établissements hospitaliers, investissement qui devra bénéficier à tous les établissements quel que soit leur statut.

Face à cette crise, nombre d'organismes complémentaires santé ont mis en œuvre rapidement, de manière volontaire, des mesures pour protéger leurs adhérents et leurs assurés au-delà des garanties prévues considérant qu'elles participaient à l'effort collectif de solidarité et de protection au cœur de leur métier (délais de paiement voire annulation de cotisations pour les entreprises en difficulté ou les salariés licenciés avec portabilité des droits, déblocage de fonds d'aide, mesures extracontractuelles...).

Si l'UNOCAM reconnaît que les pouvoirs publics ont dû gérer dans l'urgence une crise sanitaire, économique et sociale sans équivalent, elle regrette qu'ils n'aient pas fait le choix de travailler en coordination étroite avec les financeurs complémentaires.

2. Les principales mesures du PLFSS pour 2021 ayant un impact sur les organismes complémentaires santé

2.1 Mesures liées à la crise sanitaire

2.1.1 Instauration d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au titre de 2020 et 2021 (articles 3 et 10)

L'article 3 prévoit l'instauration d'une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de COVID-19 pour l'année 2020. Le produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). Cette

contribution est due par les organismes assureurs en activité au 31 décembre 2020. Elle est assise sur l'ensemble des sommes versées en 2020 au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire au profit de ces organismes. Les sommes versées au titre des contrats « indemnités journalières » en sont exclues. Le taux de la contribution est fixé à 2,6 %. La contribution s'appuiera sur un mécanisme de déclaration et de recouvrement existant, celui de la TSA. Elle est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2021.

L'article 10 prévoit l'instauration de la même contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 mais pour l'année 2021. Elle est calée sur le même dispositif que celle instauré en 2020 à l'exception du taux qui est fixé à 1,3 %. Elle est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2022.

Au total, cette contribution représente une taxe de 1 Md€ en 2020 et 500 M€ en 2021.

- ⇒ *Si les organismes complémentaires santé ne contestent pas le principe d'une participation des OCAM aux dépenses avancées de manière exceptionnelle par l'assurance maladie obligatoire (prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations, des tests de dépistage et de certaines dépenses hospitalières), ils dénoncent l'instauration prématurée d'une nouvelle taxe qui ne tient pas compte de la complexité de la situation actuelle pour les OCAM et qui viendra mécaniquement alourdir les charges qui pèsent sur les assurés, les entreprises et les salariés. Cette contribution, qui s'appuie sur des chiffres très provisoires, ne tient pas compte des autres éléments qui affectent les OCAM et notamment le rattrapage des soins que l'on observe depuis juin sur certains postes, les impayés de cotisations, le maintien des garanties santé et prévoyance dans le cadre de la portabilité prévue par les contrats collectifs, dans un contexte de forte augmentation du chômage.*
- ⇒ *Les OCAM alertent une fois encore les pouvoirs publics sur le niveau atteint par la fiscalité qui pèse sur les contrats de complémentaires santé, services essentiels en termes d'accès aux soins. Présentée comme une mesure de solidarité par les pouvoirs publics, cette taxe alourdit une fois de plus la fiscalité sur les contrats de complémentaires santé et privera les assurés des ajustements de cotisations dont ils auraient pu bénéficier.*
- ⇒ *Concrètement, les OCAM souhaitent pouvoir rembourser directement à leurs assurés des prestations et non reverser a posteriori aux pouvoirs publics des taxes. Cette nouvelle contribution, qui intervient après les hausses successives de TSA et la contribution FPMT, ne le permet pas.*
- ⇒ *Dans ce contexte, l'UNOCAM demande instamment que le dialogue avec les pouvoirs publics se poursuive et souhaite qu'une clause de revoyure de cette taxe soit instaurée dans le texte en 2021 afin de permettre sur la base d'un bilan partagé en juillet 2021 la réévaluation du montant de cette taxe. Par ailleurs, elle demande la sortie immédiate du régime dérogatoire de prise en charge à 100% mis en place, le retour au co-financement AMO-AMC avec un ticket modérateur et l'association des OCAM à la stratégie de gestion de crise engagée.*

2.1.2 Prorogation de la prise en charge intégrale des actes de téléconsultation pendant deux ans (article 32)

L'article 32 prévoit de prolonger, jusqu'au 31 décembre 2022, la mesure dérogatoire de prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations (suppression de la participation de l'assuré pour les frais liés aux actes réalisés en téléconsultation). Les pouvoirs publics mettent en avant la lutte contre la propagation du virus, l'accès continu à la médecine de ville mais aussi la simplification (facturation et paiement simplifiés), pour justifier cette prorogation.

⇒ *Si l'UNOCAM partage la volonté des pouvoirs publics d'accélérer le développement des téléconsultations, domaine dans lequel la France est en retard par rapport à d'autres pays, elle dénonce la prorogation du régime dérogatoire pour deux ans de prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et rappelle son souhait légitime de revenir sans tarder au droit commun avec un co-financement AMO-AMC sous forme de ticket modérateur. Elle conteste l'argument selon lequel il s'agit d'un délai nécessaire pour laisser le temps aux professionnels de santé de s'équiper des outils permettant la facturation, ces outils étant d'ores et déjà possibles via le circuit Sesam-Vitale. En conséquence, elle demande avec insistance aux pouvoirs publics de revoir leur position sur ce sujet.*

2.2 Evolution des modes de financement à l'hôpital (articles 28 et 29)

L'article 28 annonce la poursuite de la réforme des modes de financement à l'hôpital, engagée avec le plan « Ma santé 2022 ». Rappelons que l'objectif est une « *refonte globale des modèles de financement des établissements de santé d'ici 2023* », avec notamment pour cible de parvenir à des modes financement combinés alternatifs à la tarification à l'activité (T2A).

Plus précisément, cet article poursuit la **réforme du financement des structures d'urgences** initiée en LFSS pour 2020 et prévoit la création d'une participation forfaitaire pour les patients en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation en lieu et place du ticket modérateur de 20% (**I de cet article**). Cette participation nommée Forfait patient urgences (FPU) serait due pour tous les assurés, ceux aujourd'hui exonérés de ticket modérateur (patients en ALD...) devant s'acquitter d'un forfait minoré. L'objectif affiché est d'éviter des restes à charge élevés pour les patients et de simplifier la facturation.

⇒ *L'UNOCAM comprend qu'une telle évolution vise à réduire les écarts de reste à charge des assurés lors d'un passage aux urgences. Elle considère que sur une réforme de cette nature qui concerne directement les OCAM, elle aurait dû être associée en amont à son élaboration. Elle ne peut mesurer les conséquences sur les OCAM d'une telle évolution qui modifie sensiblement les modes de financement et de facturation AMO-AMC. En amont de la consultation obligatoire de l'UNOCAM prévue par le texte sur le montant du forfait qui sera défini par arrêté, elle entend donc être associée à l'élaboration des modalités opérationnelles et aux estimations d'impact macroéconomiques et microéconomiques.*

Pour des raisons de calendrier liées à l'épidémie de la COVID-19 et du retard pris dans la mise en œuvre de certains chantiers, l'article acte le report de plusieurs réformes et notamment le décalage de l'entrée en vigueur de la réforme du ticket modérateur à l'hôpital pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) et la psychiatrie au 1^{er} janvier 2022 (VII de cet article).

- ⇒ *L'UNOCAM prend acte de ce report dicté par les circonstances actuelles. Compte tenu des délais, elle reste très vigilante sur la mise en œuvre de la réforme dans le champ médecine chirurgie obstétrique (MCO) au 1^{er} janvier 2021 et reste dans l'attente des chiffrages de la part du Ministère de la santé.*

L'article 29 pose le principe d'une expérimentation pour cinq ans d'un modèle mixte de financement populationnel des activités de médecine à l'hôpital. L'objectif est de combiner, au niveau territorial, une part de financement T2A, une part de financement à la qualité et une part de financement populationnel, financement qui serait décorrélé de la production de soins. Dès 2021, les établissements pourront opter pour une dotation socle à la place d'une partie de la T2A.

- ⇒ *Si elle comprend l'intérêt de « sortir du tout T2A » et d'aller vers des financements mixtes à la qualité mais aussi de type populationnel, l'UNOCAM s'interroge sur les modalités de mise en œuvre pour les financeurs complémentaires dont le modèle reste fondé sur la prise en charge d'une quote-part d'un acte facturé à un assuré et payé à un professionnel de santé, du type ticket modérateur.*
- ⇒ *Alors que le développement des rémunérations forfaitaires a vocation à se développer dans les années à venir et que plusieurs expérimentations sont en cours dans le cadre dit de « l'article 51 », l'UNOCAM souhaite que des modalités de co-financement de ces rémunérations forfaitaires compatibles avec l'assurance maladie complémentaire soient mises en place, en lien avec les pouvoirs publics.*

2.3 Autres mesures

L'article 33 acte la prolongation de la durée de la convention médicale qui régit les liens entre les médecins libéraux et l'assurance maladie jusqu'au 31 mars 2023. Pour mémoire, la convention médicale devait arriver à échéance le 24 octobre 2021. Or les textes organisant la vie conventionnelle prévoient un lancement du processus de négociation dès janvier 2021, soit trois mois avant les élections qui doivent conduire à revoir la représentativité des différents syndicats. C'est dans ce contexte que cette prorogation est proposée.

- ⇒ *L'UNOCAM prend acte de cette prolongation liée à des questions de calendrier. Toutefois, elle alerte sur le fait que la révision du dispositif conventionnel de forfait patientèle médecin traitant (FPMT) souhaitée par les OCAM ne pourra attendre 2023. Elle souhaite la relance rapide de ce dossier avec les pouvoirs publics et les syndicats médicaux. Pour mémoire, la convention de 2016 a posé le principe de l'instauration d'un forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et a renvoyé à plus tard les modalités*

techniques de co-financement AMO-AMC de ce forfait. Malgré d'importants travaux conduits avec la CNAM, aucune solution n'a été trouvée et les OCAM doivent depuis lors s'acquitter d'une contribution FPMT sans aucune visibilité pour leurs assurés.

L'article 41 prévoit de « *simplifier le pilotage de la complémentaire santé solidaire* » en transférant les missions de l'actuel Fonds de la complémentaire santé solidaire à la CNAM, l'ACOSS et le ministère de la santé.

- ⇒ *Si l'UNOCAM partage l'objectif affiché de simplification, elle s'interroge sur l'évolution proposée qui conduira de facto à multiplier le nombre d'interlocuteurs, ce qui soulève des questions en termes de pilotage, de coordination et de suivi.*
- ⇒ *Les organismes complémentaires, qui financent la complémentaire santé solidaire (CSS) à travers la taxe de solidarité additionnelle (TSA), souhaitent continuer à être associés, selon des modalités à définir, au pilotage et au suivi du dispositif. De plus, d'un point de vue opérationnel, il est important que les organismes complémentaires gestionnaires de la complémentaire santé solidaire puissent disposer d'un interlocuteur bien identifié, dans un souci d'efficacité.*
- ⇒ *Par ailleurs, l'UNOCAM sera attentive à ce que la CSS continue à faire l'objet de comptes distincts retraçant précisément l'ensemble des opérations au titre de ce dispositif (produits, dépenses, subventions éventuelles, transferts...). Elle réitère à cette occasion son opposition au principe d'une affectation des excédents à la branche maladie, sans lien direct avec le financement de la CSS.*

Le PLFSS pour 2021 reflète la dégradation préoccupante et sans doute durable des comptes sociaux dans un contexte marqué par de nombreuses incertitudes liées à l'épidémie de la COVID-19. Il traduit aussi un investissement inédit dans le système de santé pour accélérer la modernisation du système de soins et pour soutenir les établissements et les personnels hospitaliers et des EHPAD, ce qui mérite d'être salué.

Lors de cette crise, les pouvoirs publics ont mis en œuvre une gestion de la crise qui a de facto écarté les complémentaires santé. Les organismes complémentaires santé - qui financent 30 Mds€ de dépenses de santé et sont des acteurs majeurs de l'accès aux soins - le regrettent. Et ce d'autant que, face à cette crise, nombre d'organismes complémentaires santé ont mis en œuvre rapidement, de manière volontaire, des mesures pour protéger leurs adhérents et leurs assurés au-delà des garanties prévues considérant qu'elles participaient à l'effort collectif de solidarité et de protection au cœur de leur métier (délais de paiement voire annulation de cotisations, déblocage de fonds d'aide, mesures extracontractuelles...).

Si les organismes complémentaires santé ne contestent pas le principe d'une participation des OCAM aux dépenses avancées de manière exceptionnelle par l'assurance maladie obligatoire, ils dénoncent l'instauration, dans la précipitation,

d'une nouvelle taxe qui ne tient pas compte de la complexité de la situation actuelle pour les OCAM et qui viendra mécaniquement alourdir les charges qui pèsent sur les assurés, les entreprises et les salariés. Cette contribution, qui s'appuie sur des chiffrages très provisoires, ne tient pas compte des autres éléments qui affectent les OCAM et notamment le rattrapage des soins que l'on observe depuis juin sur certains postes, les impayés de cotisations, le maintien des garanties santé et prévoyance dans le cadre de la portabilité prévue par les contrats collectifs, dans un contexte de forte augmentation du chômage.

Présentée comme une mesure de solidarité par les pouvoirs publics, cette taxe alourdit une fois de plus la fiscalité sur les contrats de complémentaires santé et privera les assurés des ajustements de cotisations dont ils auraient pu bénéficier.

De même, la prolongation de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations pose question et conduit à écarter les OCAM du co-financement direct de ces actes. L'UNOCAM demande la sortie du régime dérogatoire actuel et le retour au co-financement AMO-AMC, évitant ainsi un mécanisme lourd et discutable de remboursement a posteriori.

Mesure après mesure, les organismes complémentaires santé sont davantage encadrés réglementairement et par conséquent empêchés d'apporter à leurs assurés et au système de santé tous les bénéfices d'une complémentarité de financement entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires santé.

A travers l'UNOCAM, les fédérations de complémentaires santé demandent aux pouvoirs publics d'ouvrir rapidement une discussion avec la profession sur les sujets liés au co-financement AMO-AMC (taxe COVID, téléconsultations, FPMT, rémunérations forfaitaires) et rappellent simplement leur souhait de pouvoir exercer leur métier d'assureur au bénéfice de leurs assurés, ce qui signifie :

- Verser des prestations à leurs assurés en cas de sinistre, et non rembourser des avances de l'assurance maladie obligatoire sous forme de taxe,
- Disposer des données de santé nécessaires à la réalisation de leurs missions de liquidation des prestations et de contrôle, dans le respect du RGPD,
- Être associés à la gestion du risque maladie afin de favoriser des actions coordonnées en particulier AMO-AMC.

En conséquence, le Conseil rend un avis défavorable sur le PLFSS pour 2021.

Délibération adoptée à la majorité

